



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:
Guilherme Vieira Colnaghi

Viseu, 2020



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

ISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:
Guilherme Vieira Colnaghi

Orientador: Professora Doutora Patrícia Couto
Coorientador: Mestre Filipe Araújo

Viseu, 2020

“Once you know what failure feels like, determination chases success”

Kobe Bryant

Agradecimentos

Aos meus pais, que sempre me acompanharam e me apoiaram em tudo na minha vida, sempre dando o exemplo

À minha irmã, que me enche de orgulho todos os dias

A toda a minha família e amigos, que nunca me deixaram só neste percurso, tornando os últimos cinco anos nos melhores da minha vida

À minha orientadora Professora Doutora Patrícia Couto e coorientador Mestre Filipe Araújo por toda a paciência e conhecimento transmitido

Resumo

A Medicina Dentária é a área de conhecimento que estuda e trata o sistema estomatognático. Tornou-se cada vez mais uma área multidisciplinar, em constante desenvolvimento na procura por novos materiais e técnicas que visam realizar um tratamento o mais conservador possível.

O presente relatório está dividido em duas partes. Na primeira foi realizada a análise estatística e descritiva dos dados recolhidos, durante todo o 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, nas distintas áreas disciplinares. Na segunda parte efetuou-se a descrição de dois casos clínicos diferenciados e a sua argumentação crítica baseada na literatura.

Palavras-Chave: Medicina Dentária; Medicina Oral; Periodontologia; Prostodontia Removível; Cirurgia Oral

Abstract

Dentistry is the area of knowledge that studies and treats the stomatognathic system. It has increasingly become a multidisciplinary area, constantly developing in the search for new materials and techniques that aim to achieve the most conservative treatment possible.

This report is divided into two parts. In the first part there is the statistical and descriptive analysis of the data collected that was carried out, throughout the 5th year of the Integrated Master in Dental Medicine, across the different disciplinary areas. In the second part, two different clinical cases were described and their critical argument were based on the literature.

Key-Words: Dentistry; Oral Medicine; Periodontics; Removal Prosthodontics; Oral Surgery

Índice

Introdução	1
Atividade Clínica	3
Atividade Clínica Geral.....	3
Atividade Clínica por Área Disciplinar	7
Cirurgia Oral.....	9
Dentisteria Operatória.....	11
Endodontia	14
Medicina Oral	17
Oclusão	19
Odontopediatria	22
Ortodontia	25
Periodontologia	27
Prostodontia Fixa.....	30
Prostodontia Removível	33
Casos Clínicos Diferenciados	37
Caso Clínico I:.....	37
Reabilitação Oral através de Próteses Acrílicas	37
Introdução	37
Caso Clínico.....	42
Discussão	60
Caso Clínico II:	64
Epúlida Fissurada - Remoção Cirúrgica com Laser Diodo	64
Introdução	64
Caso Clínico.....	65
Discussão	67
Bibliografia.....	71

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes por faltas, desmarcações e transferências entre binómio, em relação ao total de consultas realizadas.	3
Gráfico 2 – Número de consultas como operador e assistente.	4
Gráfico 3 – Número de primeiras consultas e de consultas de seguimento de tratamento.	4
Gráfico 4 – Distribuição dos pacientes por género.	5
Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes por faixa etária.	5
Gráfico 6 – Número de escovagens por dia por paciente.	6
Gráfico 7 – Número de pacientes que utiliza fio dentário.	6
Gráfico 8 – Número de cigarros por dia por paciente.	7
Gráfico 9 – Número fármacos por dia por paciente.	7
Gráfico 10 – Número de consultas realizadas, faltas e desmarcações por área disciplinar.	8
Gráfico 11 – Número de consultas realizadas por área disciplinar (operador/assistente).	8
Gráfico 12 – Consultas realizadas em Cirurgia Oral como assistente e operador.	10
Gráfico 13 – Tipos de atos realizados em Cirurgia Oral.	10
Gráfico 14 Consultas realizadas em Dentisteria Operatória como operador e assistente.	12
Gráfico 15 – Consultas realizadas em Dentisteria Operatória por diagnóstico.	12
Gráfico 16 – Número de preparos cavitários segundo as Classes de Black.	13
Gráfico 17 – Número de preparos cavitários como operador segundo as Classes de Black.	13
Gráfico 18 – Consultas realizadas em Endodontia como assistente e operador.	15
Gráfico 19 – Motivos de consulta em Endodontia.	15
Gráfico 20 – Atos clínicos como operador realizados em Endodontia.	16
Gráfico 21 – Consultas realizadas em Medicina Oral como operador e assistente.	17
Gráfico 22 – Motivos da consulta em Medicina Oral.	18
Gráfico 23 – Consultas realizadas em Oclusão como operador e assistente. ...	20
Gráfico 24 – Tipo de consultas realizadas em Oclusão.	20
Gráfico 25 – Tipo de consultas realizadas como operador em Oclusão.	21
Gráfico 26 – Consultas realizadas em Odontopediatria como operador e assistente.	23
Gráfico 27 – Tratamentos efetuados em Odontopediatria.	23
Gráfico 28 – Tratamentos efetuados como operador em Odontopediatria.	24

Gráfico 29 – Consultas realizadas em Ortodontia como operador e assistente.	26
Gráfico 30 – Tipo de consultas realizadas em Ortodontia.	26
Gráfico 31 – Consultas realizadas em Periodontologia como operador e assistente.	28
Gráfico 32 – Diagnósticos efetuados nas consultas de Periodontologia por percentagem.	28
Gráfico 33 – Diagnósticos efetuados nas consultas de Periodontologia.	29
Gráfico 34 – Tratamentos realizados em Periodontologia.	29
Gráfico 35 – Consultas realizadas em Prostodontia Fixa como assistente e operador.	31
Gráfico 36 – Tipo de consultas realizadas em Prostodontia Fixa.	31
Gráfico 37 – Tipo de consultas realizadas como operador, em Prostodontia Fixa.	32
Gráfico 38 – Consultas realizadas em Prostodontia Removível como operador e assistente.	34
Gráfico 39 – Tipos de consultas realizadas em Prostodontia Removível.	34
Gráfico 40 – Tipos de consultas realizadas como operador, em Prostodontia Removível.	35

Índice de Figuras

Figura 1- Odontograma.....	43
Figura 2 – Fotografia da Prótese Parcial Removível da paciente, (A) Frontal; (B) Lateral Direita; (C) Lateral Esquerda.....	43
Figura 3- Ortopantomografia.....	44
Figura 4 - Modelos de gesso preliminares	45
Figura 5 - Fotografias extra orais (A) Frontal em PIM; (B) Frontal em sorriso; (C) Lateral Direita em Sorriso; (D) Lateral Esquerda em Sorriso.	45
Figura 6 - Fotografias Intra Oraís (A) Oclusal Superior; (B) Oclusal Inferior; (C) Frontal; (D) Lateral Esquerda; (E) Lateral Direita	46
Figura 7 - Radiografias Periapicais (A) Dente 43 e 42; (B) Dente 32 e 33	47
Figura 8 - Classificação ACP	47
Figura 9 - Periodontograma.....	48
Figura 10 - Moldeiras Individuais (A) Inferior; (B) Superior.....	49
Figura 11 - Placas base com rolos de articulação.....	51
Figura 12 - Placas base vista de perfil	51
Figura 13 - Escolha da cor	52
Figura 14 - Prova de dentes (A) Lado Direito; (B) Lado Esquerdo	53
Figura 15 - Próteses com contactos oclusais (A) Superior; (B) Inferior.....	53
Figura 16 – Anestesia por vestibular	54
Figura 17 - Anestesia por palatino.....	54
Figura 18 - Sindesmotomia	55
Figura 19 - Luxação e avulsão com boticão.....	55
Figura 20 - Alveolos pós extração	56
Figura 21 - Dentes extraídos.....	56
Figura 22 - Mistura do material de rebase, Soft Liner da GC®	57
Figura 23 - Aplicação do material de rebase na prótese	57
Figura 24 - Fotografia frontal com as duas próteses em boca	58
Figura 25 - Fotografias extra orais Frontais em Sorriso (A) Inicial; (B) Final....	59
Figura 26 - Fotografias extra orais Frontais em PIM (A) Inicial; (B) Final.....	59
Figura 27 – Lesão compatível com epúlides fissuradas na zona anterior da mandíbula.....	65
Figura 28 – Excisão da lesão.	66
Figura 29 – Lesão excisionada.....	66
Figura 30 – Consulta de controlo 15 dias.....	67
Figura 31 – Consulta de controlo 60 dias.....	67

Abreviaturas

FDI – Federação Dentária Internacional

DVO – Dimensão Vertical de Oclusão

DVR – Dimensão Vertical de Repouso

PIM – Posição de Intercuspidação Máxima

RC – Relação Cêntrica

RDC – Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

RAR – Raspagem e Alisamento Radicular

TPS – Terapia Periodontal de Suporte

Introdução

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. O conhecimento e prática de comportamentos/hábitos de saúde corretos por parte da população permite que muitas patologias sejam prevenidas. No entanto, é fundamental que a população procure informação fidedigna junto de profissionais de saúde competentes e qualificados (1).

Segundo a Federação Dentária Internacional (FDI), a saúde oral é multifacetada e define-se como a capacidade de falar, sorrir, cheirar, provar, tocar, mastigar, engolir e transmitir diversas emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto ou doença do complexo craniofacial (2).

A medicina Dentária é a especialidade da Medicina relacionada à embriologia, anatomia, fisiologia, patologia do complexo craniofacial e também à prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, deformidades e lesões traumáticas relacionadas com o aparelho estomatognático (3).

Esta é uma das profissões médicas mais antigas do mundo, havendo indícios que comprovam que é praticada desde meados do ano 7000 a.C. No entanto, apenas foram encontradas descrições relacionadas com a Medicina Dentária a partir de 5000 a.C. Na época ficou descrito que a cárie dentária era provocada por “vermes dentários”, tendo sido mantida esta descrição até meados do século XVIII (4). Durante este século, nomeadamente em 1723, foi publicado, por Pierre Fauchard, o livro “LeChirurgienDentiste”, sobre patologia, fisiologia, anatomia oral, próteses removíveis e ortodontia (3,4). Em anos anteriores já tinham sido publicados alguns livros sobre Medicina Dentária, no entanto nenhum tinha a qualidade e quantidade de informação do livro de Fauchard, sendo este considerado como o pai da Medicina Dentária moderna (3).

A partir do século XX a Medicina Dentária vivenciou a sua grande evolução histórica, acompanhando o desenvolvimento mundial em diversos planos, tais como: cultural, educacional, tecnológico, económico e científico. Os principais aspetos que vieram inovar a forma como a Medicina Dentária era

exercida foram: o desenvolvimento de instrumentos de alta rotação, o uso de anestesia local de forma segura e efetiva, a utilização de radiografia, a exploração de novos materiais dentários e a crescente utilização de implantes dentários (5).

Ao longo do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, foram transmitidos os conhecimentos teóricos e práticos necessários para um ótimo desempenho clínico, ensinando que o paciente deve ser tratado como um todo. Deve ser realizada uma boa história clínica e otimizado o relacionamento interpessoal, de modo a elaborar um correto plano de tratamento e assegurar o melhor cuidado de saúde oral possível.

É com origem nestes conhecimentos adquiridos ao longo do curso, que é realizado um atendimento comunitário na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, a pacientes de todas as faixas etárias, pertencentes a qualquer classe social e/ou etnia.

Atividade Clínica

Nesta seção vão ser apresentados os dados que foram recolhidos no decorrer da atividade clínica do binómio 75, durante o 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária, na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa e devida análise estatística. Toda a recolha de dados foi feita através do programa New Soft®, que é utilizado para organizar as fichas individuais dos pacientes e as suas marcações.

Atividade Clínica Geral

Durante o período de tempo referido, foram marcadas, no total, cento e três consultas. No entanto, só foram realizadas oitenta e três consultas, uma vez que dezasseis pacientes faltaram ou desmarcaram e quatro foram reencaminhados para outro binómio, como se pode observar no gráfico 1.

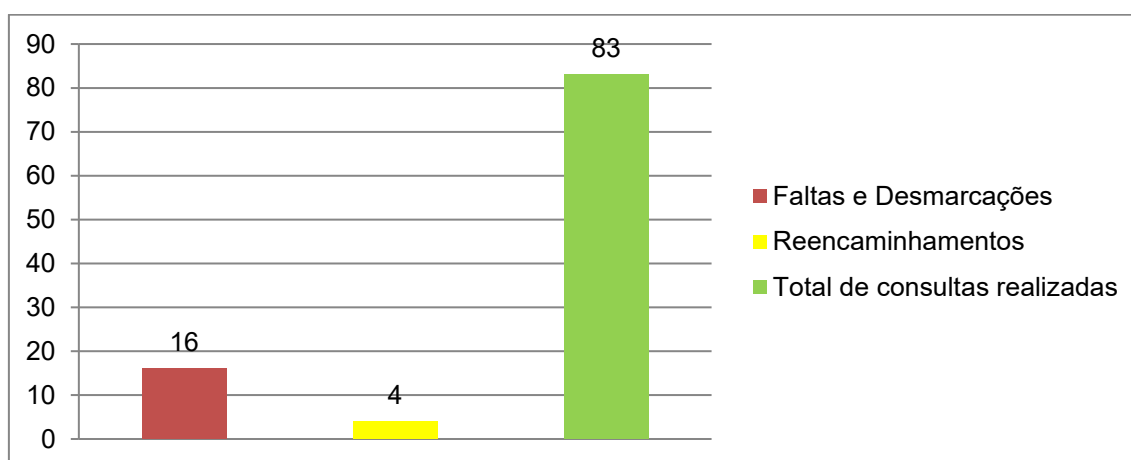


Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes por faltas, desmarcações e transferências entre binómio, em relação ao total de consultas realizadas.

Do total de consultas realizadas, trinta e oito foram como operador e quarenta e cinco como assistente, como se pode observar no gráfico 2.

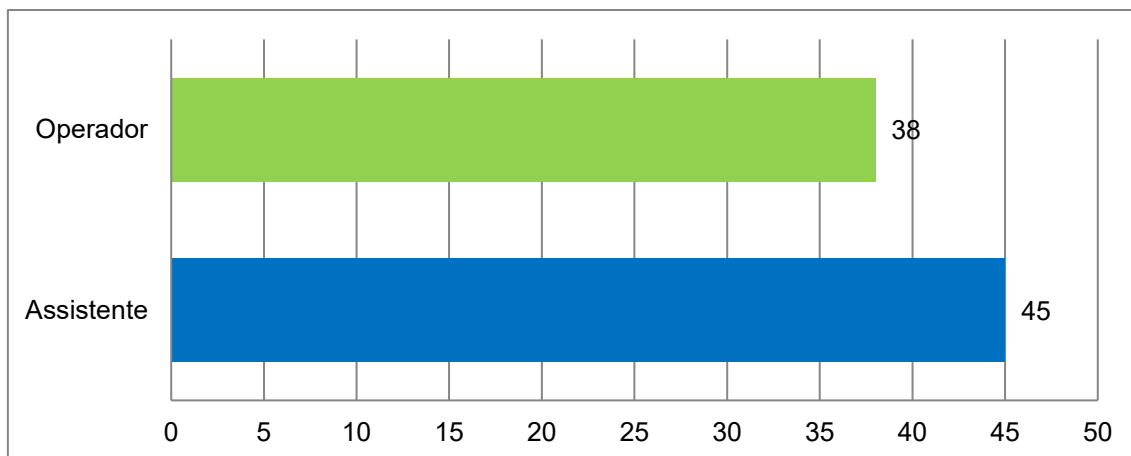


Gráfico 2 - Número de consultas como operador e assistente.

Dentro do número total de consultas realizadas, quarenta e duas consultas foram de 1ª vez e quarenta e uma consultas foram de seguimento de tratamento, tal como demonstra o gráfico 3.

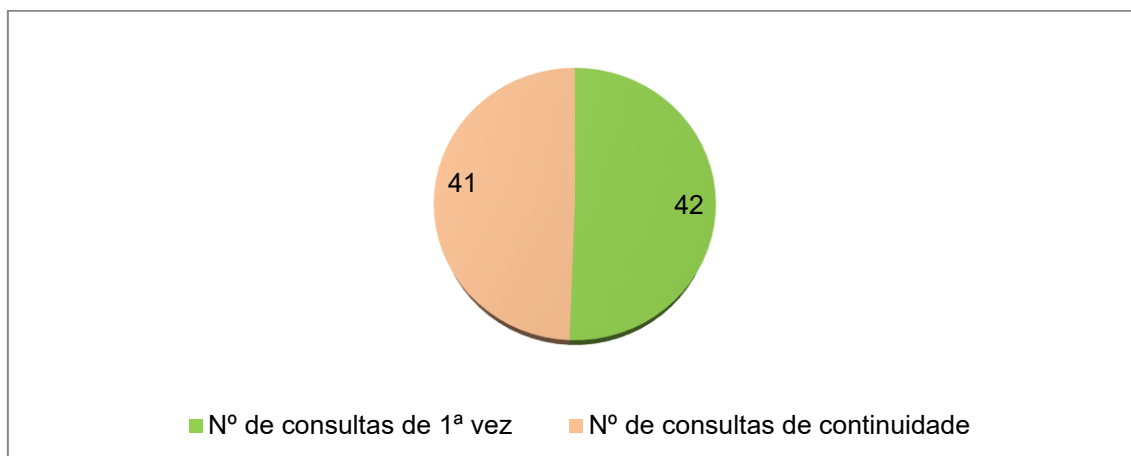


Gráfico 3 - Número de primeiras consultas e de consultas de seguimento de tratamento.

Durante o decorrer da atividade clínica foram atendidos um total de quarenta e dois pacientes, sendo vinte do género feminino e vinte e dois do género masculino, como se pode observar no gráfico 4.

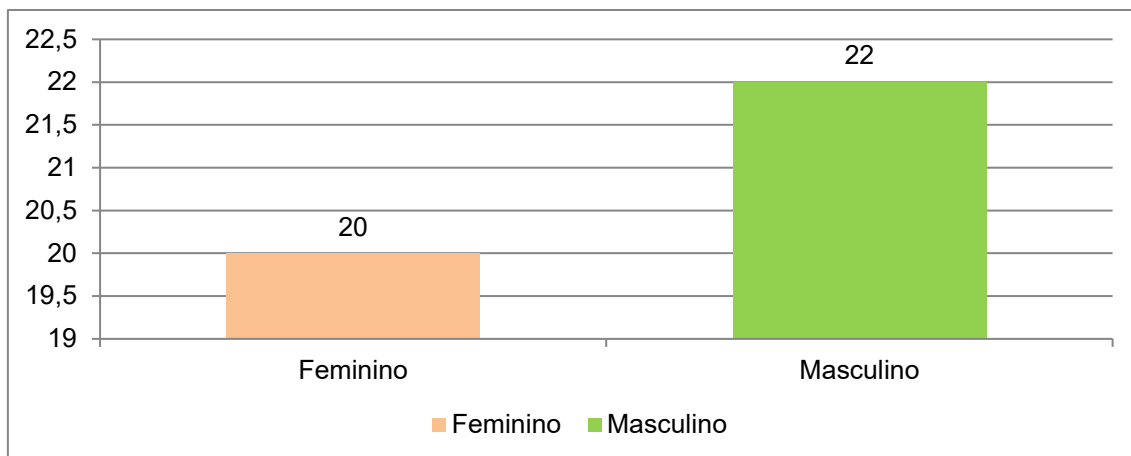


Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes por género.

No que diz respeito à idade dos pacientes atendidos, verificou-se que os utentes com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos são os que mais comparecem na Clínica Universitária, como se pode verificar no gráfico 5.

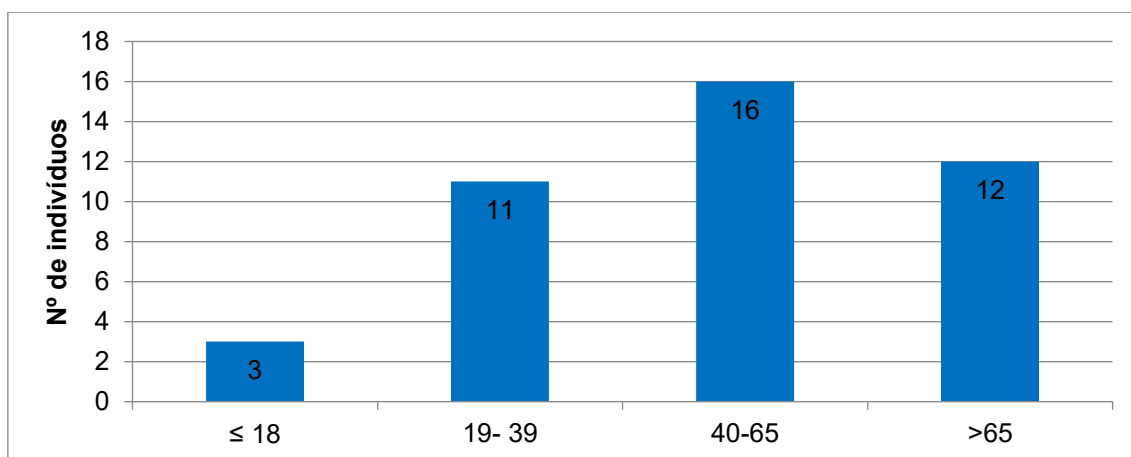


Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes por faixa etária.

A média das idades dos pacientes atendidos é de 50,50 anos, sendo que a idade mínima corresponde a 3 anos e a idade máxima a 85 anos.

Relativamente aos hábitos de escovagem, foi realizado o registo por paciente do número de escovagens diária. Também foi feita a análise do número de pacientes que complementava a sua higiene oral com o uso de fio dentário. Verificamos, pelo gráfico 6, que a maior parte dos pacientes refere escovar os dentes duas vezes por dia e que, segundo o gráfico 7, uma grande percentagem alega não utilizar fio dentário.

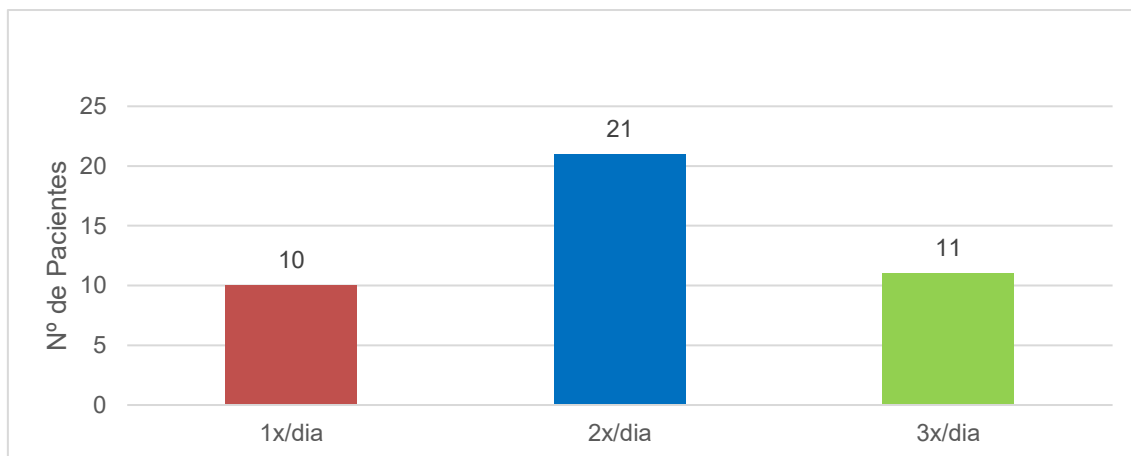


Gráfico 6 - Número de escovagens por dia por paciente.

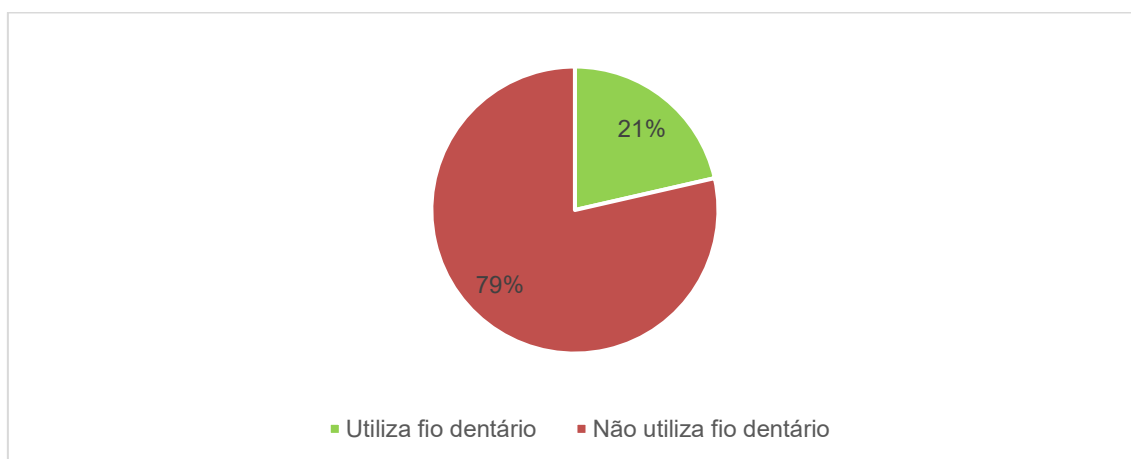


Gráfico 7 - Número de pacientes que utiliza fio dentário.

Os hábitos tabágicos são prejudiciais para a saúde oral do paciente, pois representam um fator de risco para diversas patológicas na cavidade oral. Neste sentido, procedeu-se à contabilização do número de pacientes não fumadores, fumadores até dez cigarros por dia e fumadores de mais de dez cigarros por dia. Através do gráfico 8, podemos verificar que grande parte dos pacientes são não fumadores, já que trinta e três pacientes afirmam não fumar, sete fumam até dez cigarros por dia e apenas dois fumam mais de 10 cigarros diários.

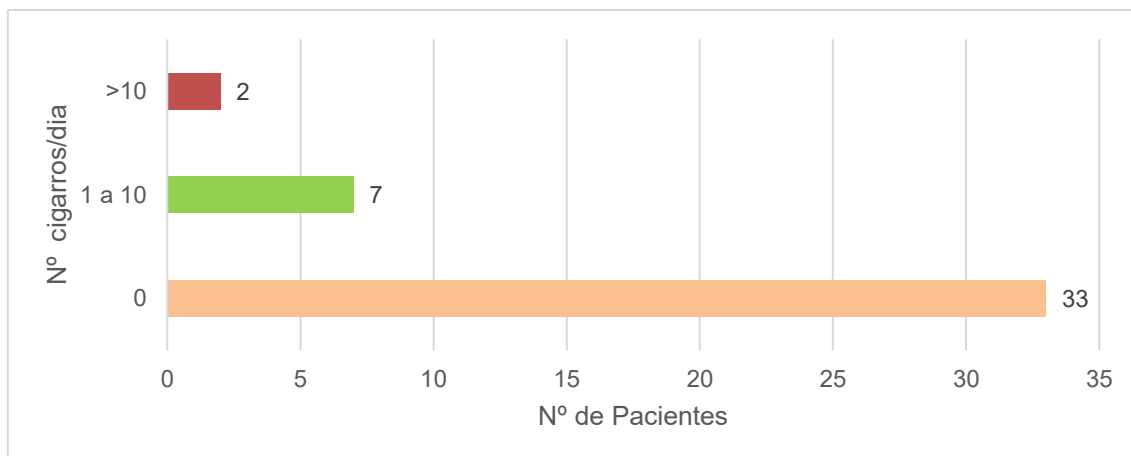


Gráfico 8 - Número de cigarros por dia por paciente.

Relativamente ao número de fármacos que cada paciente toma por dia verificou-se, como se pode observar no gráfico 9, que 76% dos pacientes tinha uma prescrição diária de 0 a 2 fármacos, seguida de 22% tomava entre 3 a 5 fármacos e apenas 2% tinha uma prescrição de mais de 5 fármacos por dia.

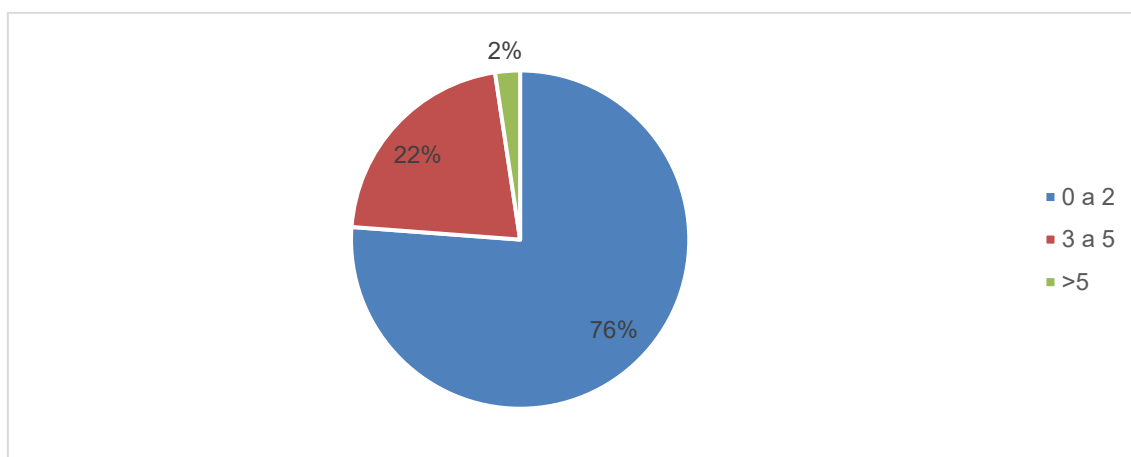


Gráfico 9 - Número fármacos por dia por paciente.

Atividade Clínica por Área Disciplinar

No que diz respeito ao número de consultas efetuadas pelo binómio 75 em cada uma das áreas disciplinares, é possível constatar no gráfico 10, um maior número de consultas realizadas em Prótese Removível, com um total de dezassete consultas, enquanto que nas áreas disciplinares de Odontopediatria e Ortodontia registou-se o menor número, apenas três consultas realizadas. Também podemos constatar que nas áreas disciplinares de Cirurgia Oral,

Ortodontia e Prótese Removível é onde se observa o maior número de desmarcações ou faltas às consultas na Clínica Universitária.

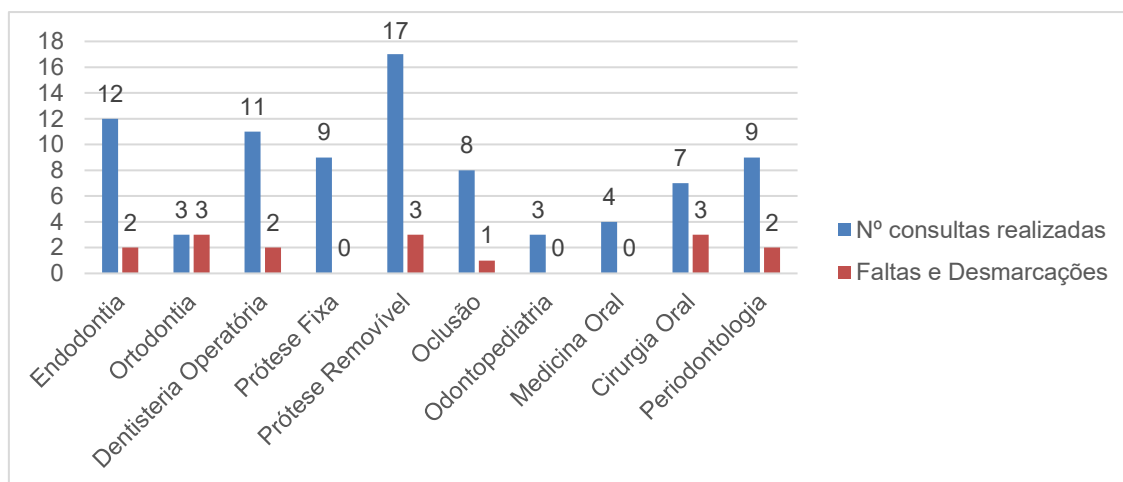


Gráfico 10 - Número de consultas realizadas, faltas e desmarcações por área disciplinar.

No gráfico 11, podemos observar a distribuição de consultas como operador e assistente por área disciplinar.

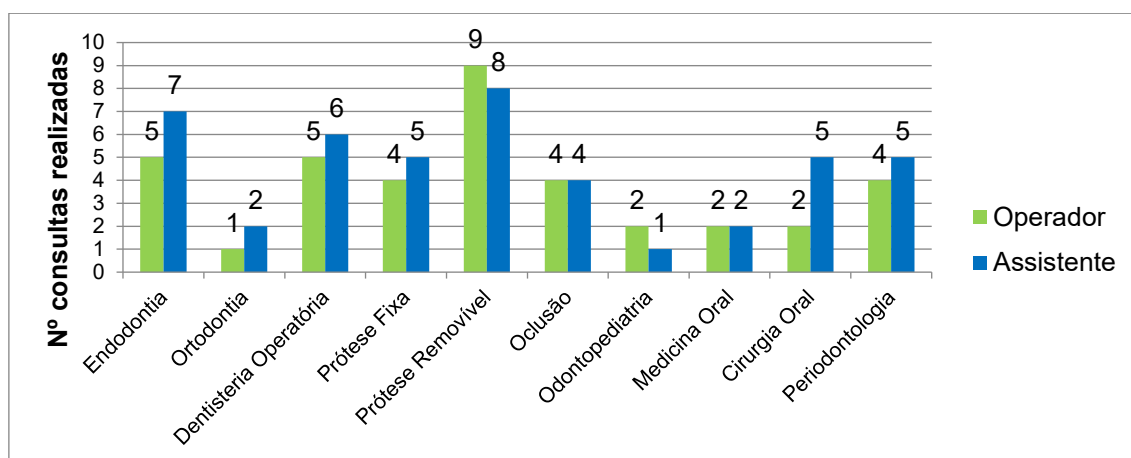


Gráfico 11 - Número de consultas realizadas por área disciplinar (operador/assistente).

Cirurgia Oral

A Cirurgia Oral é a área da Medicina Dentária que se dedica ao diagnóstico e tratamento cirúrgico de doenças, anormalidades e lesões nos dentes, boca, maxilares e nos tecidos adjacentes. Portanto, um especialista em Cirurgia Oral deve estar apto para realizar qualquer ato de cirurgia dento-alveolar, implantologia, incluindo ressecção e cirurgia nos tecidos moles da cavidade oral (6).

Para se proceder ao início de uma cirurgia na cavidade oral é essencial termos conhecimento prévio sobre o estado de saúde geral do paciente, através da realização de uma boa história clínica, de modo a recolher o maior número de informações que nos vão auxiliar na preparação da cirurgia e no decorrer da mesma (7). São várias as condicionantes a ter em conta na preparação do ato cirúrgico, das quais podemos destacar a medicação que o paciente faz, nomeadamente a toma de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetares. Há um risco duplo associado a estes pacientes, em que, por um lado existe risco hemorrágico durante o procedimento no caso de se manter a medicação e, por outro, há um possível risco de trombose no caso de a terapêutica ser suspensa (8). O procedimento cirúrgico não está associado a hemorragias graves quando o International Normalized Ratio se encontra no nível terapêutico, que de uma maneira geral é entre 2 e 3.5, não sendo indicada a suspensão da terapêutica anticoagulante (9).

Na Clínica Dentária Universitária, as consultas de Cirurgia Oral têm uma periodicidade semanal com duração de duas horas. Nestas consultas é dada grande importância à fase pré cirúrgica, anamnese, exame físico, exame radiográfico e à elaboração de um correto diagnóstico e plano de tratamento. São realizadas maioritariamente extrações únicas de dentes mono ou multirradiculares, cirurgia de processos infecciosos e cirurgias pré-protéticas. As extrações são normalmente realizadas por técnica fechada, no entanto, em situações específicas, podem ser por técnica aberta com a realização de retalho, odontosecção ou osteotomia. Nesta área disciplinar foram realizadas sete consultas, das quais duas como operador e cinco como assistente como se pode verificar no gráfico 12. Na totalidade das consultas foram realizadas seis

exodontias, todas através de técnica fechada, e uma biópsia, conforme se pode verificar no gráfico 13.

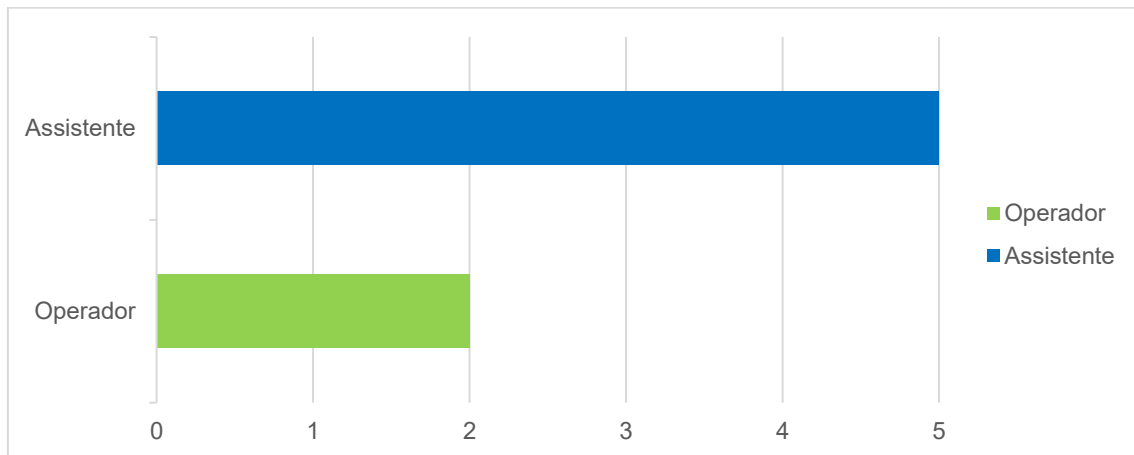


Gráfico 12 - Consultas realizadas em Cirurgia Oral como assistente e operador.

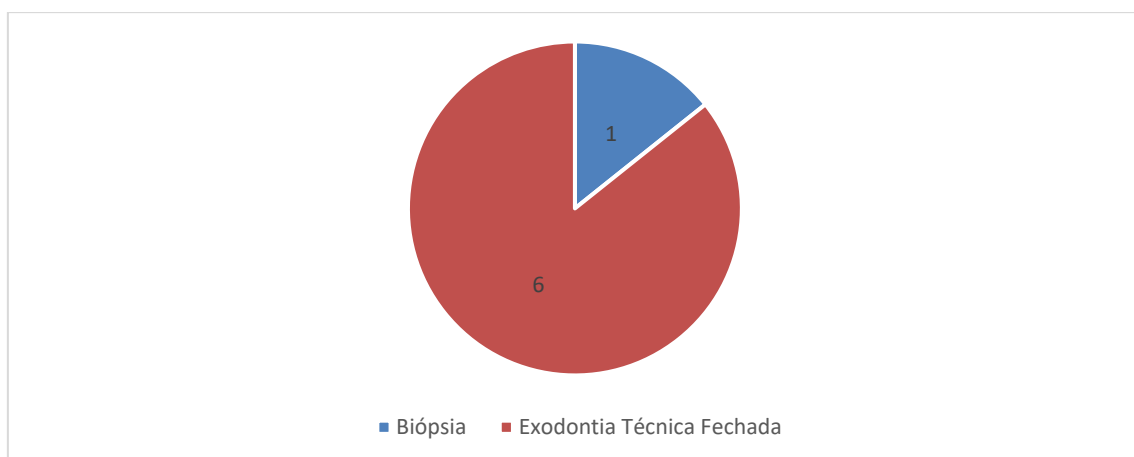


Gráfico 13 - Tipos de atos realizados em Cirurgia Oral.

Nas 2 consultas efetuadas como operador, foram realizadas duas extrações dentárias dos dentes 24 e 35, ambas por técnica fechada.

Dentisteria Operatória

A Dentisteria Operatória é a área disciplinar da Medicina Dentária que estuda e aplica de forma integrada o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico dentário. Os procedimentos visam restabelecer a estética, função e a forma dos dentes cariados, fraturados, malformados ou com estética insatisfatória. É uma especialidade extremamente abrangente, em que apesar de a maior parte dos problemas a tratar serem derivados de cáries, também podem englobar outras áreas, tais como endodontia, periodontologia, oclusão, radiologia e materiais dentários para que seja fornecido ao paciente um plano de tratamento e prognóstico adequado. É uma área, que assim como todas as outras, precisa da colaboração do paciente para que exista um resultado satisfatório a longo prazo (10).

Antigamente, esta era uma especialidade que possuía muitas barreiras dentro da sua atuação, mas que com a evolução do pensamento do Médico Dentista, dos estudos, da sociedade e dos materiais, teve uma mudança significativa. Hoje em dia, a Dentisteria abrange desde a promoção da saúde até tratamentos extremamente complexos. A evolução dos sistemas adesivos trouxe enormes benefícios para esta especialidade, pois permitiu reduzir a quantidade de remoção de tecido dentário hígido, limitando o preparo apenas à remoção de tecido cariado (10).

As duas principais causas de perda dentária precoce são devido a doença periodontal e a cárie dentária, originando um efeito negativo na autoestima e na qualidade de vida dos pacientes (11). A cárie dentária afeta os tecidos duros dos dentes e é causada por um desequilíbrio ao longo do tempo nas interações entre as bactérias cariogénicas presentes no biofilme e os hidratos de carbono fermentáveis, originando cavidades na estrutura dentária. A principal intervenção, para prevenção de cárie, feita pelo paciente é a escovagem regular com pastas fluoretadas (12).

Na Clínica Universitária, as consultas de Dentisteria Operatória têm uma duração de três horas e uma periodicidade semanal, onde é realizado o diagnóstico, plano de tratamento e respetivo tratamento. A condição pulpar é uma grande condicionante na decisão do tratamento a efetuar, pelo que em

grande parte das consultas é necessário recorrer a testes térmicos. Foram realizadas onze consultas, das quais cinco como operador e seis como assistente, como se pode confirmar no gráfico 14.

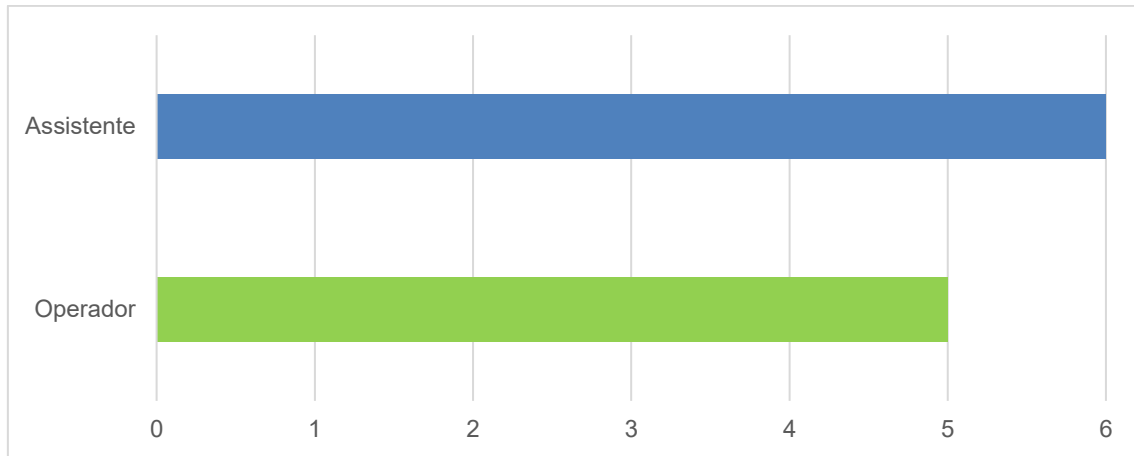


Gráfico 14 - Consultas realizadas em Dentisteria Operatória como operador e assistente.

Relativamente aos motivos que levaram à realização do tratamento, é possível verificar, através do gráfico 15, que três dos tratamentos foram devidos a cárie dentária, dois por desgaste associado ao bruxismo, dois por restauração pós endo, dois por lesão de abfração e um por fratura coronária. Realizou-se ainda uma consulta gratuita na qual não foi feito qualquer procedimento.

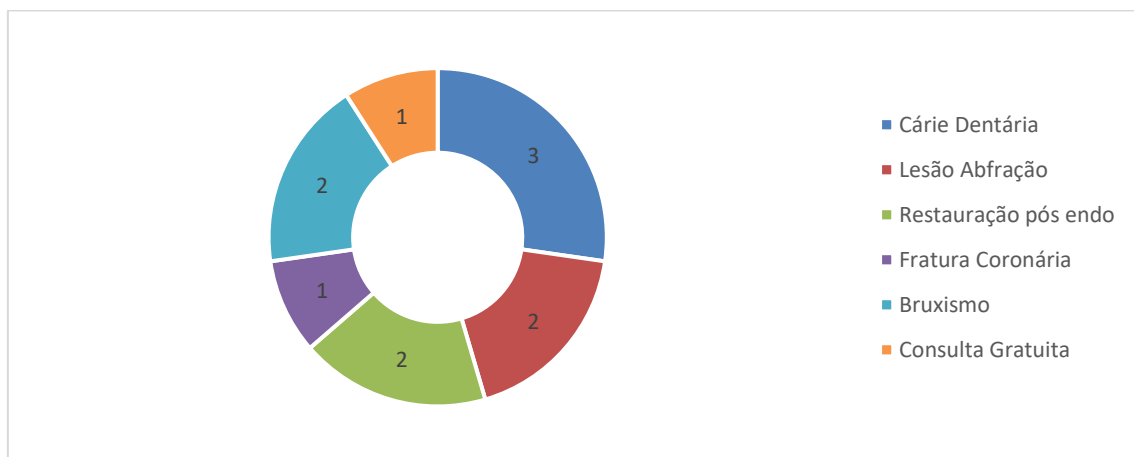


Gráfico 15 - Consultas realizadas em Dentisteria Operatória por diagnóstico.

Relativamente à natureza do preparo cavitário, segundo as classes de Black, as Classes II foram as mais realizadas com três preparos, seguidas das

Classes I, IV e V com dois preparos cada e, por fim, a Classe III com um preparo. Foi feita uma consulta gratuita onde não foi realizado qualquer preparo, como se pode verificar no gráfico 16. A restauração de todas as cavidades foi realizada de forma direta, utilizando uma resina composta Synergy D6 da Coltene®.

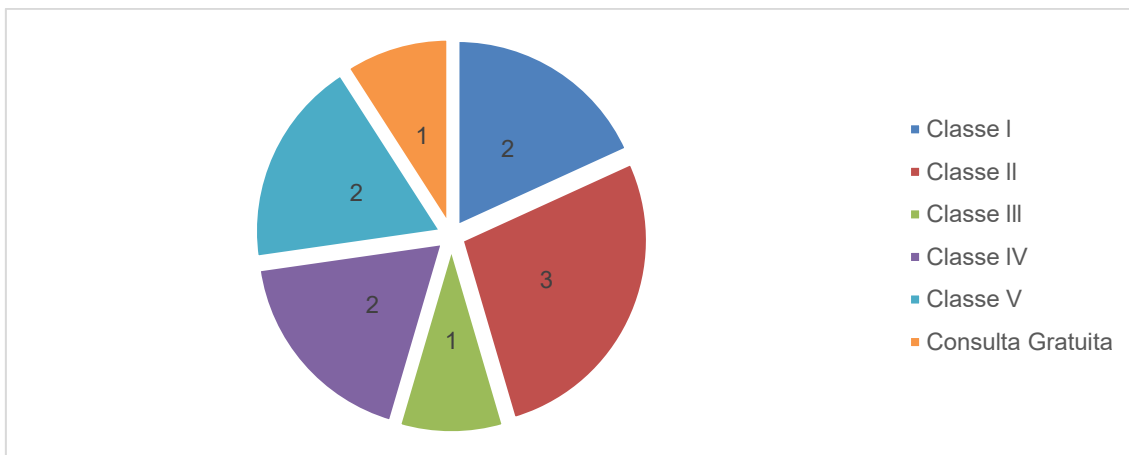


Gráfico 16 - Número de preparos cavitários segundo as Classes de Black.

No que se refere aos atos clínicos como operador, foram realizados dois preparos cavitários Classe I, dois Classe II e uma consulta gratuita na qual não foi realizado qualquer preparo, como se pode verificar no gráfico 17.

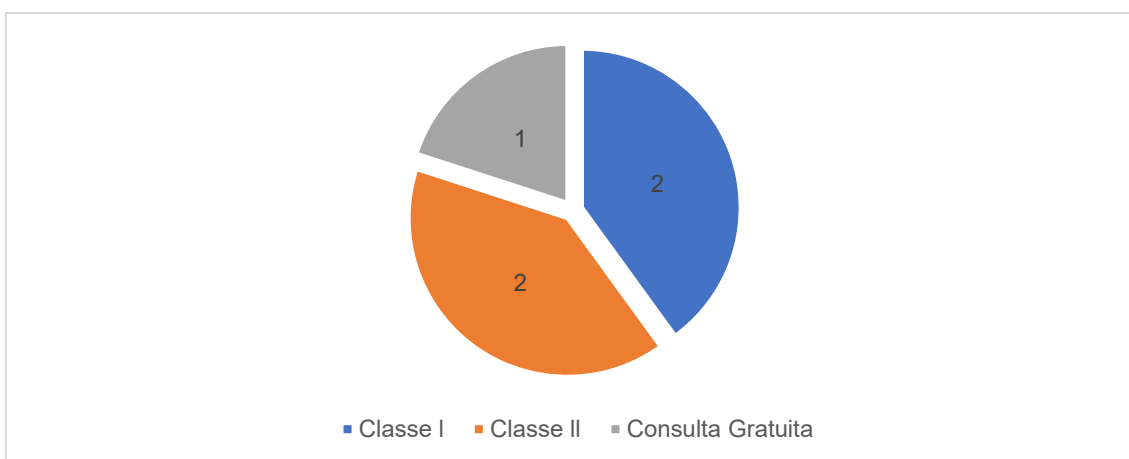


Gráfico 17 - Número de preparos cavitários como operador segundo as Classes de Black.

Endodontia

A área disciplinar de Endodontia estuda a morfologia da cavidade pulpar, incluindo câmara e canais radiculares, a fisiologia e patologia da polpa dentária e o tratamento da mesma (13).

As intervenções clínicas na Endodontia podem ser preventivas, não cirúrgicas e cirúrgicas. Os tratamentos preventivos têm como objetivo evitar a inflamação e infecção da polpa e do tecido periapical, através de tratamentos de espera com restauração provisória, utilizando materiais com propriedades antibacterianas e regenerativas. Os tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos têm como finalidade remover os tecidos inflamados ou infetados (14).

Numa época em que a preservação dos dentes naturais, pelo máximo de tempo possível, é pretendida, a área disciplinar de Endodontia parece estar no centro da evolução e crescimento da Medicina Dentária, tendo nos últimos anos, sido aperfeiçoada por inovações tecnológicas e pesquisas baseadas em evidências. A diversidade de novas informações tem guiado o Médico Dentista a compreender melhor as bases biológicas para o tratamento, levando ao seu aperfeiçoamento e a resultados mais previsíveis (15).

Na Clínica Dentária Universitária as consultas decorrem uma vez por semana, sempre com a duração de três horas. Os pacientes, a maioria das vezes chegam à consulta reencaminhados de outras áreas clínicas, pelo que a consulta começa por confirmação do diagnóstico através de uma revisão da história e exame clínico, com repetição dos testes de sensibilidade e análise do exame radiográfico, sendo estabelecido um plano de tratamento. Posteriormente à comprovação do diagnóstico é iniciado o tratamento endodôntico através de instrumentação manual, seguido de obturação com gutta-percha. Nesta área disciplinar foram realizadas doze consultas, sendo cinco como operador e sete como assistente, conforme se pode verificar no gráfico 18. Relativamente ao diagnóstico, podemos verificar no gráfico 19 que o principal motivo de consulta foi devido a pulpite irreversível.

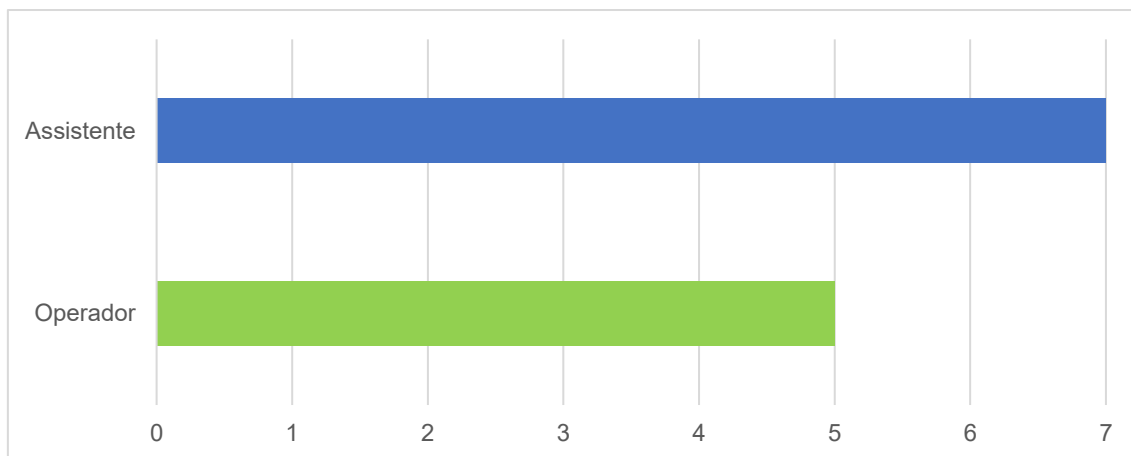


Gráfico 18 - Consultas realizadas em Endodontia como assistente e operador.

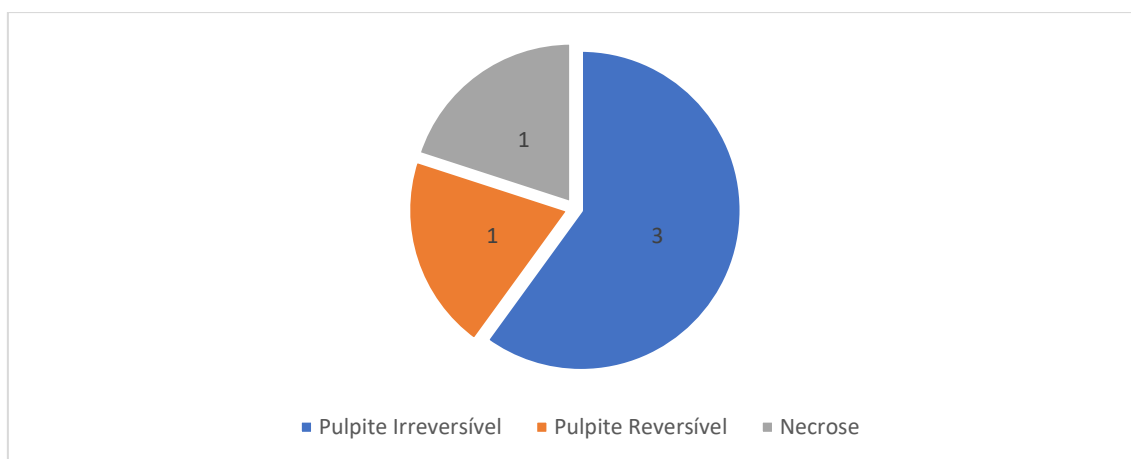


Gráfico 19 - Motivos de consulta em Endodontia.

Em relação aos atos clínicos como operador, foi realizada uma consulta de cavidade de acesso, uma consulta de cavidade de acesso e início de instrumentação, uma consulta apenas de instrumentação, uma consulta de obturação e uma consulta de tratamento de espera, como se pode verificar no gráfico 20. A instrumentação foi efetuada com instrumentos manuais e a obturação com cones gutta-percha pelas técnicas de condensação lateral e vertical.

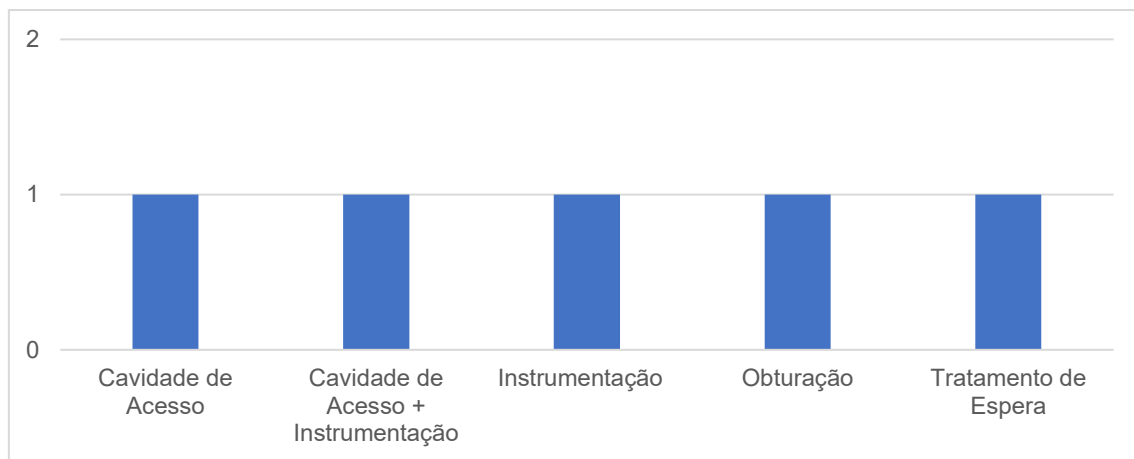


Gráfico 20 - Atos clínicos como operador realizados em Endodontia

Medicina Oral

A área disciplinar de Medicina Oral é responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças que afetam a região oral e maxilofacial, incluindo todo o tipo de estruturas, tais como dentes, mucosa, glândulas salivares, nervos sensoriais e motores e, ainda, pela resolução de complicações orais provenientes de doenças sistémicas (16).

As consultas de Medicina Oral, na Clínica Dentária Universitária, têm uma duração de duas horas com periodicidade semanal. A maioria das consultas realizadas nesta área disciplinar são consultas de primeira vez, nas quais é necessário realizar história clínica detalhada, exame radiológico, exame físico intra e extra oral, diagnóstico diferencial, plano de tratamento e o encaminhamento para as diferentes áreas disciplinares. Nestas consultas também é feito o controlo e tratamento de qualquer patologia diagnosticada anteriormente e que mereça especial atenção, assim como biópsias de lesões suspeitas para confirmação histológica. Nesta área disciplinar foram realizadas quatro consultas, das quais duas como operador e duas como assistente, como se pode observar no gráfico 21.

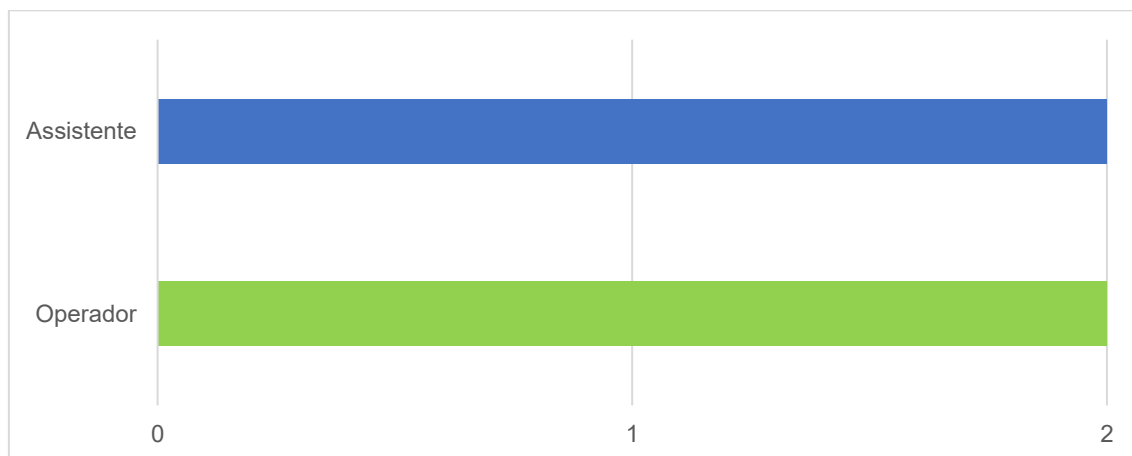


Gráfico 21 - Consultas realizadas em Medicina Oral como operador e assistente.

Duas das consultas realizadas foram de primeira vez do paciente, em que foi efetuado diagnóstico e reencaminhamento para as diversas áreas disciplinares consoante o plano de tratamento efetuado. Numa consulta foi

realizada uma biópsia de uma lesão para exame histopatológico e noutra foi realizada uma consulta de controlo, como se pode observar no gráfico 22.

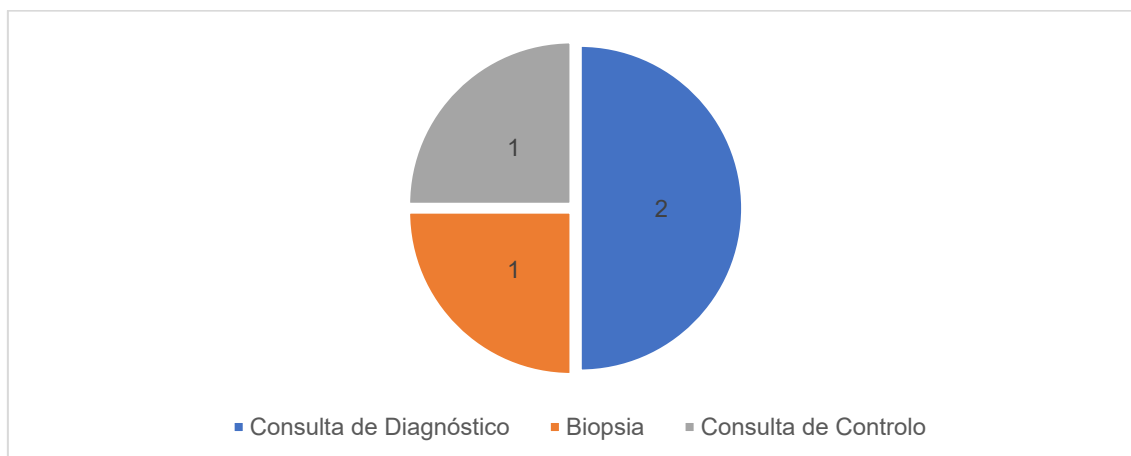


Gráfico 22 - Motivos da consulta em Medicina Oral.

No que diz respeito aos atos clínicos como operador, foram realizadas duas consultas de diagnóstico.

Oclusão

A área disciplinar de Oclusão engloba todo o estudo, diagnóstico e tratamento de desordens que influenciam o sistema mastigatório, incluindo ossos, músculos, ligamentos e dentes. O movimento mandibular é regulado por um mecanismo de controle neurológico e cada movimento é sistematizado de modo a maximizar a função e, ao mesmo tempo, minimizar um possível dano a qualquer estrutura. Este sistema é responsável por três funções principais: mastigação, deglutição e fala, sendo a mastigação a mais influenciada pelo esquema oclusal.

Todos os 32 dentes que constam na dentição humana distribuem-se na arcada maxilar e mandibular, tendo diferentes funções. Os dentes anteriores, nomeadamente incisivos e caninos possuem uma função de corte dos alimentos, ao passo que os dentes posteriores possuem uma função de trituração dos alimentos em porções cada vez mais pequenas de modo a serem deglutidas mais facilmente. Durante a mastigação, o movimento mandibular é encaminhado pelas superfícies oclusais dos dentes até à Posição de Intercuspidação Máxima (PIM). Ao passo que a PIM consiste na obtenção do maior número de contactos dentários possíveis, a Relação Cêntrica (RC) é a posição onde os côndilos se encontram posicionados na região mais antero-posterior da fossa glenoide (17).

Na Clínica Dentária Universitária, as consultas de Oclusão baseiam-se na avaliação das estruturas que constituem o sistema mastigatório, nomeadamente quando o paciente refere algum tipo de dor ou desconforto na região da articulação temporo-mandibular associado a dor orofacial recorrente. De modo a auxiliar o diagnóstico é utilizado um instrumento de análise denominado *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC), que nos possibilita chegar a um adequado diagnóstico e plano de tratamento. A maioria das patologias diagnosticadas na Clínica Universitária são tratadas com recurso a uma goteira de relaxamento, a qual o paciente deve utilizar durante a noite e em períodos de maior stress. As consultas desta área disciplinar decorrem uma vez por semana, sempre com duração de duas horas. Foram realizadas oito consultas, das quais quatro como operador e quatro como assistente, como se pode observar no gráfico 23.

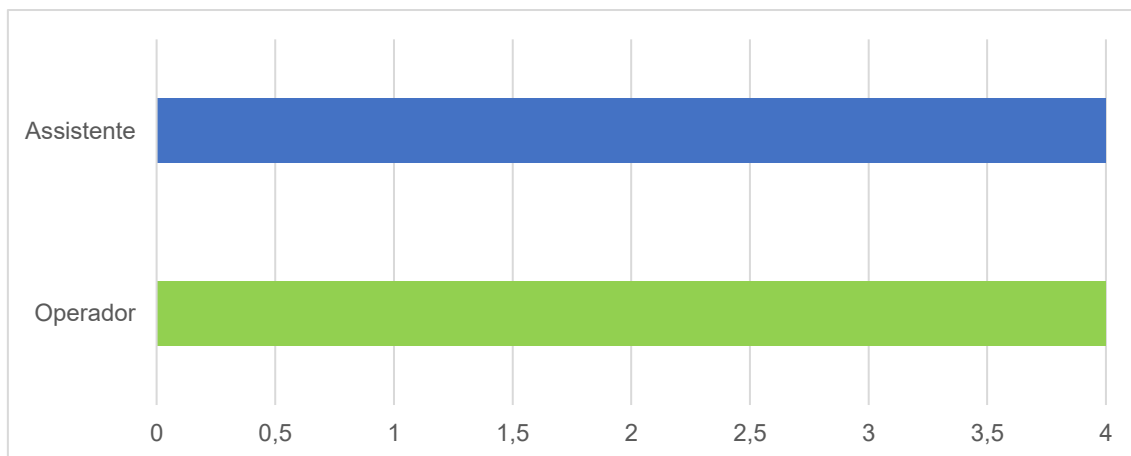


Gráfico 23 - Consultas realizadas em Oclusão como operador e assistente.

Quanto ao tipo de consultas realizadas, podemos verificar pelo gráfico 24, que quatro consultas foram de controlo, duas para fazer montagem em articulador, uma para avaliação inicial com aplicação do RDC e impressões com Alginate Zhermack® Orthoprint e uma para entrega da goteira.

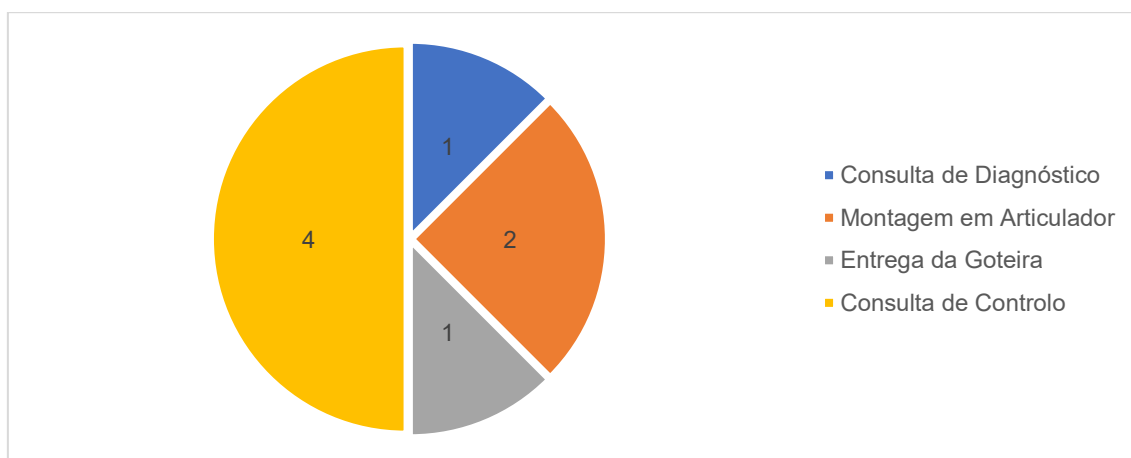


Gráfico 24 - Tipo de consultas realizadas em Oclusão.

Relativamente aos atos clínicos como operador, foram realizadas três consultas de controlo e uma consulta de montagem em articulador, conforme se verifica no gráfico 25.

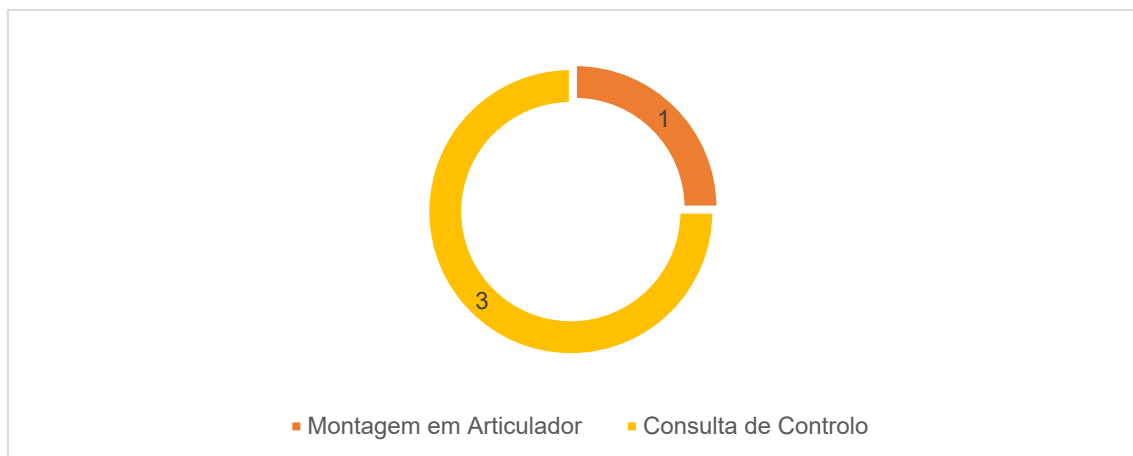


Gráfico 25 - Tipo de consultas realizadas como operador em Oclusão.

Odontopediatria

A área disciplinar de Odontopediatria é direcionada ao estudo de pacientes com idade inferior a 18 anos e engloba todas as especialidades da Medicina Dentária diante de um quadro de compreensão do desenvolvimento infantil na saúde e na doença (18).

A saúde oral de bebês, crianças e adolescentes é um fator importante na manutenção da sua saúde geral, portanto uma das principais funções da Odontopediatria é realizar uma preservação ou recuperação da saúde oral destes pacientes. Também devem ser realizadas instruções de higiene oral, aconselhamento quanto a hábitos e cuidados alimentares, dirigidas tanto à criança como aos encarregados de educação (19). A prevenção de doenças ou condições que afetam a cavidade oral destes pacientes, por exemplo, cárie dentária, lesões traumáticas, anomalias dentárias, doença periodontal e doenças sistêmicas, é crucial para o seu correto desenvolvimento (18).

Estes pacientes possuem características que diferem de um adulto a nível físico, psicológico, social, cognitivo e emocional, pelo que todas as consultas devem ser preparadas de modo a haver um correto controlo comportamental dos mesmos (19).

Na Clínica Dentária Universitária, os atos de Odontopediatria são classificados de acordo com o grau de dificuldade, sendo o grau I o mais fácil e o grau III o mais complicado:

- Grau I: aplicação de selante de fissuras, extração de um dente decíduo com mobilidade, restauração de classe I;
- Grau II: restauração de classe II extensa, extração de dente decíduo com raízes longas e finas, extração de dente permanente;
- Grau III: pulpotomias, pulpectomias, colocação de coroas pré-formadas, procedimentos complexos ou tratamentos em crianças com comportamento por vezes difícil de prever ou controlar.

As consultas de Odontopediatria têm uma periodicidade semanal com uma duração de duas horas, onde foram realizadas três consultas, das quais duas como operador e uma como assistente, como podemos observar no gráfico 26.

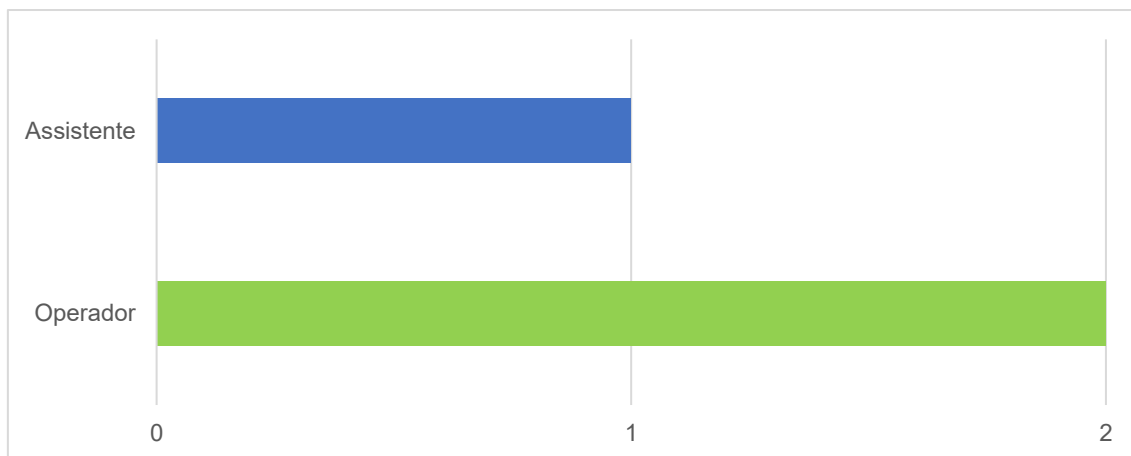


Gráfico 26 - Consultas realizadas em Odontopediatria como operador e assistente.

No total de consultas realizadas, podemos verificar no gráfico 27, que foram efetuadas uma restauração Classe I, uma restauração Classe II e uma destartarização.

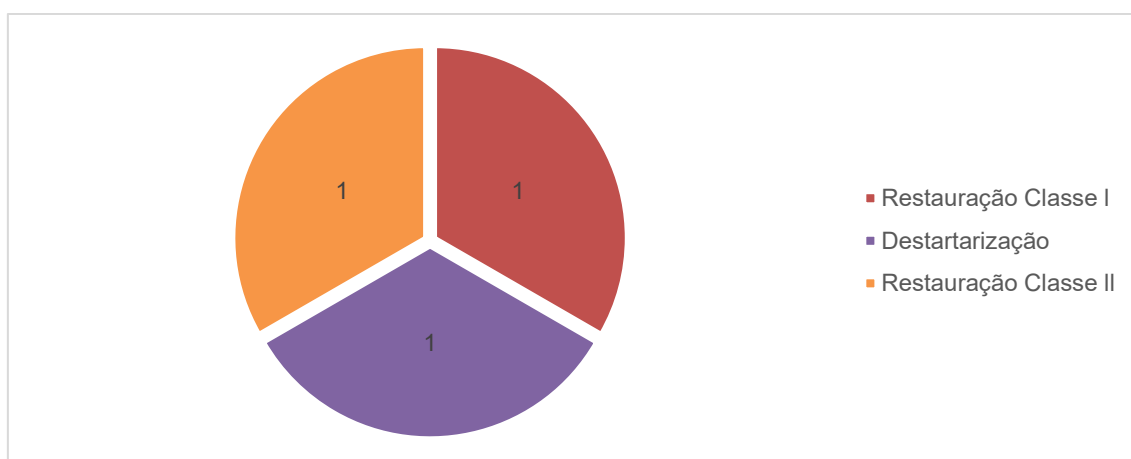


Gráfico 27 - Tratamentos efetuados em Odontopediatria.

Em relação aos atos clínicos como operador, foi realizada uma restauração Classe II e uma destartarização, conforme se pode verificar no gráfico 28.

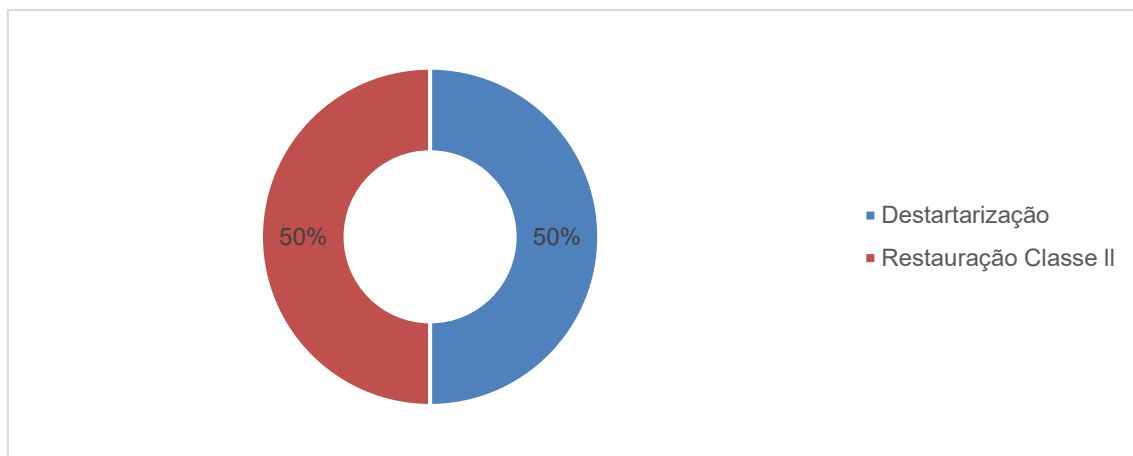


Gráfico 28 - Tratamentos efetuados como operador em Odontopediatria.

Ortodontia

A Ortodontia é a área disciplinar responsável pela supervisão, cuidado e correção das estruturas dentofaciais, em pacientes em desenvolvimento ou com crescimento terminado, abrangendo condições que incluem movimento dentário ou correção de malformações ósseas (20).

Para realizar um correto diagnóstico do paciente é necessário efetuar um ótimo exame clínico do mesmo, complementando-se com análise de modelos e análise cefalométrica. No exame clínico recolhemos dados sobre problemas dentários, maxilofaciais, morfológicos e funcionais, realizando ainda fotografias intra e extra orais, radiografia panorâmica e teleradiografia. Através da análise cefalométrica, obtém-se um estudo mais pormenorizado das estruturas, onde é possível realizar as suas medições e obter relações entre as mesmas (21).

Relativamente ao tratamento, este vai depender do tipo de anomalia encontrada e do nível do crescimento do paciente, podendo ser realizado tratamento intercetivo, corretivo ou cirúrgico (22).

Na Clínica Dentária Universitária, é dado maior destaque ao diagnóstico, realizando na primeira consulta toda a análise necessária para elaborar um correto plano de tratamento. O tratamento mais frequentemente realizado é o intercetivo, nomeadamente de más oclusões dentárias (mordidas abertas ou mordidas cruzadas), interrupção de atos deletérios e o controle do espaço devido a perda prematura de um ou mais dentes decíduos. Ainda podem ser realizadas consultas de controlo de pacientes com tratamento em desenvolvimento. As consultas são realizadas semanalmente e têm duração de duas horas, sendo realizadas no total três consultas, das quais uma como operador e duas como assistente, como pode ser observado no gráfico 29. No total de consultas efetuadas, duas foram de controlo de aparelho fixo e uma de avaliação ortodôntica na qual foi recolhida toda a informação necessária para o estudo do caso (fotografias intra e extra orais, impressões superior e inferior, telerradiografia, ortopantomografia e recolha de dados relativamente a dicção, deglutição, respiração, trajeto de abertura, posição dos freios, morfologia labial, relação incisivo-labial, entre outros) de forma a estabelecer um correto diagnóstico e plano de tratamento, como se pode verificar no gráfico 30.

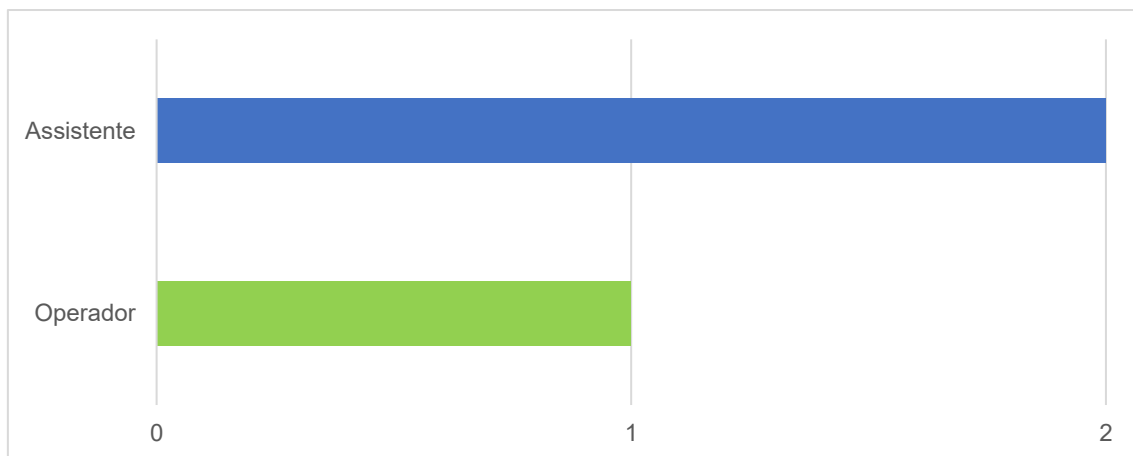


Gráfico 29 - Consultas realizadas em Ortodontia como operador e assistente.

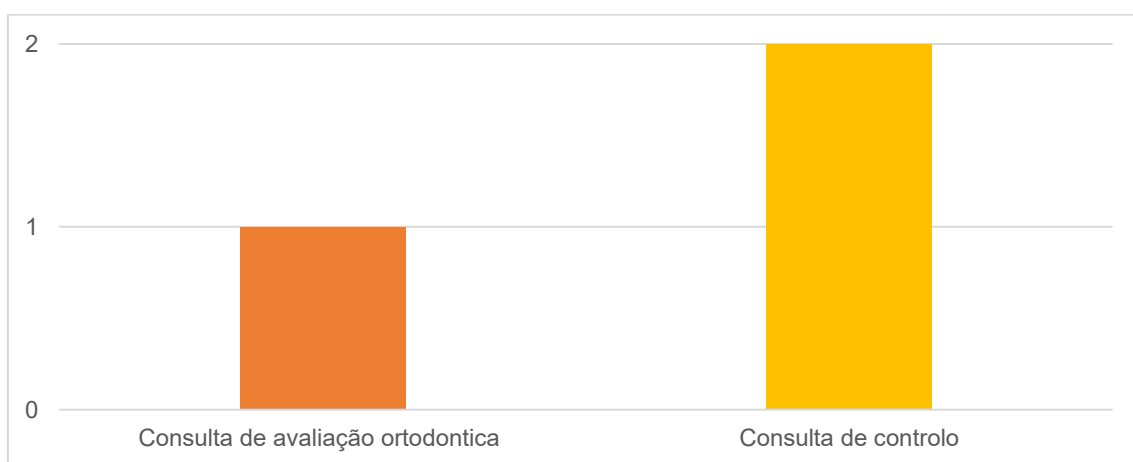


Gráfico 30 - Tipo de consultas realizadas em Ortodontia.

Como operador foi apenas realizada uma consulta de avaliação ortodôntica.

Periodontologia

A Periodontologia é a área da Medicina Dentária que estuda os tecidos de revestimento e suporte dos dentes. O periodonto é formado por quatro tecidos que estão sujeitos a modificações morfológicas relacionadas a alterações funcionais na cavidade oral. São eles: gengiva, ligamento periodontal, cemento radicular e osso alveolar. A sua função é manter os dentes fixados na maxila e mandíbula (23).

A periodontite pode ser definida como uma doença inflamatória crônica multifatorial associada a um biofilme disbiótico e caracterizada pela destruição progressiva de todos os constituintes do periodonto responsáveis pela inserção do dente (24).

Em 2018, foi lançado um novo método de classificação dividido em três grandes grupos:

- 1- Saúde periodontal, Condições e Doenças Gengivais;
- 2- Periodontite;
- 3- Outras condições que afetam o periodonto (25).

Como tratamento da doença periodontal, é necessário realizar uma instrução/motivação da higiene oral do paciente, seguida de destartarização e polimento. É necessário ter em atenção os casos em que é indispensável realizar Raspagem e Alisamento Radicular (RAR). A forma mais previsível de controlar a periodontite é através da Terapia Periodontal de Suporte (TPS), que tem como principal objetivo a manutenção dos resultados obtidos no tratamento periodontal ativo. Este controlo do tratamento periodontal ocorre em intervalos de tempo que variam consoante a severidade da doença periodontal, condição sistémica do paciente, idade e fatores de risco associados, contribuindo para uma redução da perda dentária e recorrência de periodontite (25).

Na Clínica Dentária Universitária as consultas da área disciplinar de Periodontologia têm uma periodicidade semanal e uma duração de duas horas. Nesta consulta é efetuada uma avaliação da condição periodontal, através da sondagem das bolsas periodontais, medição das recessões gengivais, mobilidade, envolvimento de furca, avaliação do sangramento à sondagem e quantidade de placa presente. Também devem ser feitos exames

complementares, tais como ortopantomografia e radiografias periapicais. Após toda a avaliação é obtido um diagnóstico e elaborado o plano de tratamento.

Foram realizadas nove consultas, das quais quatro como operador e cinco como assistente, conforme se pode verificar no gráfico 31.

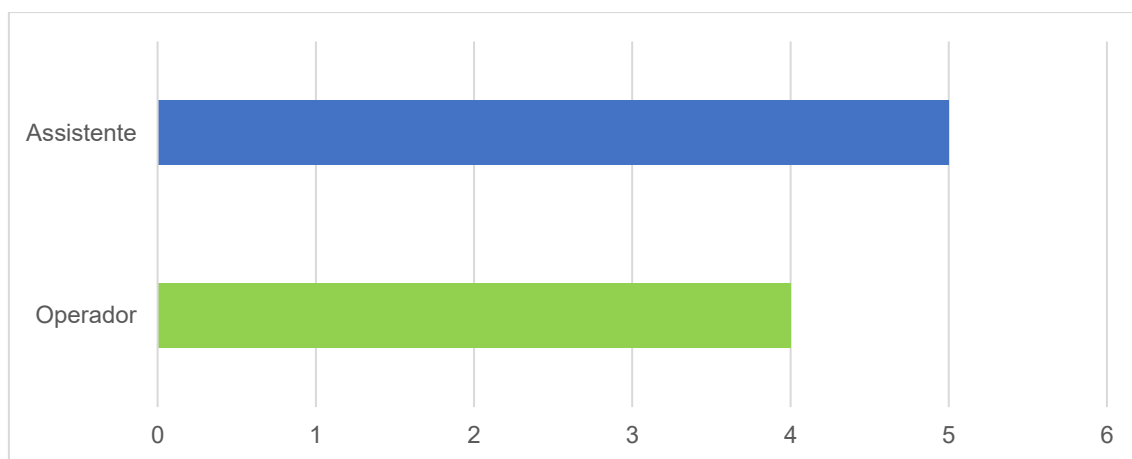


Gráfico 31 - Consultas realizadas em Periodontologia como operador e assistente.

No que diz respeito ao diagnóstico, podemos observar pelo gráfico 33 que a periodontite foi a doença mais prevalente entre os pacientes atendidos, atingindo 67% dos casos, enquanto que a gengivite representou 33% dos casos.

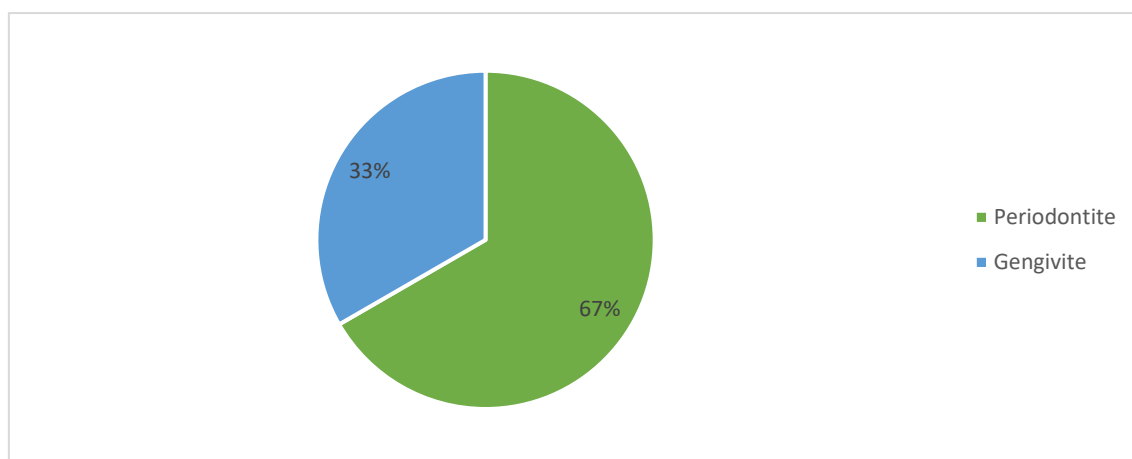


Gráfico 32 - Diagnósticos efetuados nas consultas de Periodontologia por percentagem.

Dos seis pacientes atendidos, dois foram diagnosticados com gengivite, dois com periodontite Estadio III Grau B, um com periodontite Estadio II Grau B e um com periodontite Estadio IV Grau B, como se pode observar no gráfico 33.

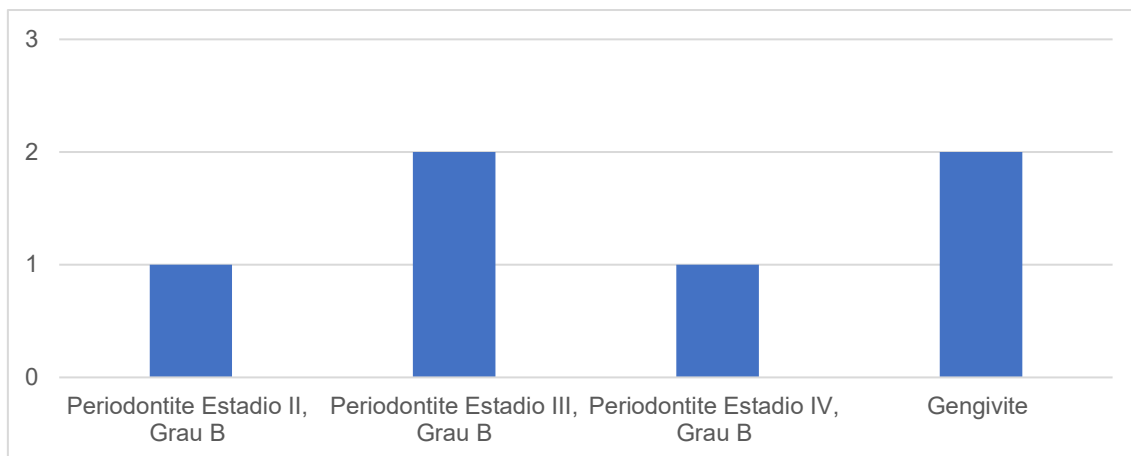


Gráfico 33 - Diagnósticos efetuados nas consultas de Periodontologia.

Num total de nove consultas efetuadas, através do gráfico 34, podemos verificar que foram realizadas sete destartarizações com polimento e duas consultas de raspagem e alisamento radicular.

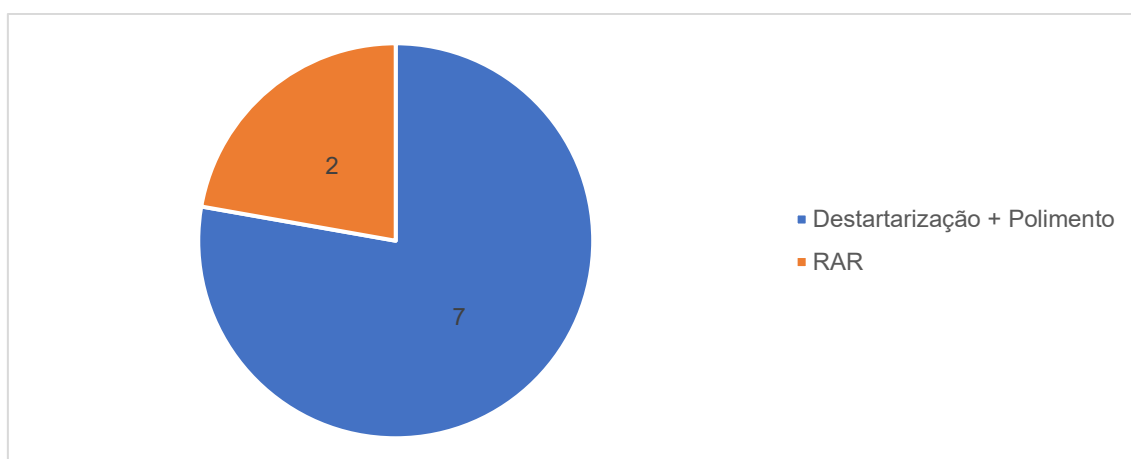


Gráfico 34 - Tratamentos realizados em Periodontologia.

Como operador foram realizadas quatro consultas de destartarização e polimento.

Prostodontia Fixa

A Prostodontia Fixa é a área disciplinar responsável pela reabilitação de dentes extensamente destruídos, de espaços edêntulos ou coroas sobre implantes, em que o material utilizado pode ser metal, metal e cerâmica ou apenas cerâmica. O sucesso do tratamento através de prótese fixa requer uma combinação de vários fatores que o Médico Dentista deve estar atento, tais como: educação e colaboração do paciente, prevenção de outras doenças dentárias, terapia periodontal, habilidades operatórias e considerações oclusais (26).

As reabilitações em Prostodontia Fixa podem variar desde um único dente até à reabilitação de toda a oclusão. Dentes individuais podem ser reabilitados de modo a melhorar a função e estética. As próteses fixas são consideradas uma solução terapêutica viável para zonas edêntulas, uma vez que a estética e função são garantidas. Importa ainda acrescentar que, com este tratamento, existe uma manutenção da saúde e integridade dos arcos dentários, a estabilidade das articulações temporomandibulares é assegurada e a autoestima reforçada (26).

De modo a alcançar um sucesso previsível no tratamento, o Médico Dentista deve estar atento a todos os detalhes, desde a anamnese do paciente, diagnóstico, consultas de tratamento propriamente dito e planeamento das consultas de controlo. De facto, grande parte dos problemas encontrados durante ou após o tratamento são devido a erros ou omissões durante a realização da história e exame clínico, levando a resultados insatisfatórios. Consequentemente, é de grande importância uma boa anamnese e observação clínica, abrangendo condições da saúde geral e oral do paciente, necessidades individuais, preferências e circunstâncias pessoais (27).

Na Clínica Dentária Universitária, é dada enorme relevância a um correto diagnóstico e plano de tratamento dos pacientes, em que numa primeira consulta é recolhida toda a informação necessária, nomeadamente sobre o estado de saúde geral do paciente e sobre os dentes e zonas a reabilitar. É preenchido um questionário e duas fichas de classificação de modo a avaliar as condições do remanescente dentário, especificamente o Questionário de Avaliação Pré-

Reabilitação, Classificação de Dentes Extensamente Destruídos e Classificação de Edentulismo Parcial. Após realização do diagnóstico é elaborado um plano de tratamento e orçamento para ser apresentado ao paciente. As consultas de Prostodontia Fixa têm uma periodicidade semanal com duração de quatro horas, onde foram realizadas nove consultas, das quais quatro como operador e cinco como assistente, como podemos verificar no gráfico 35.

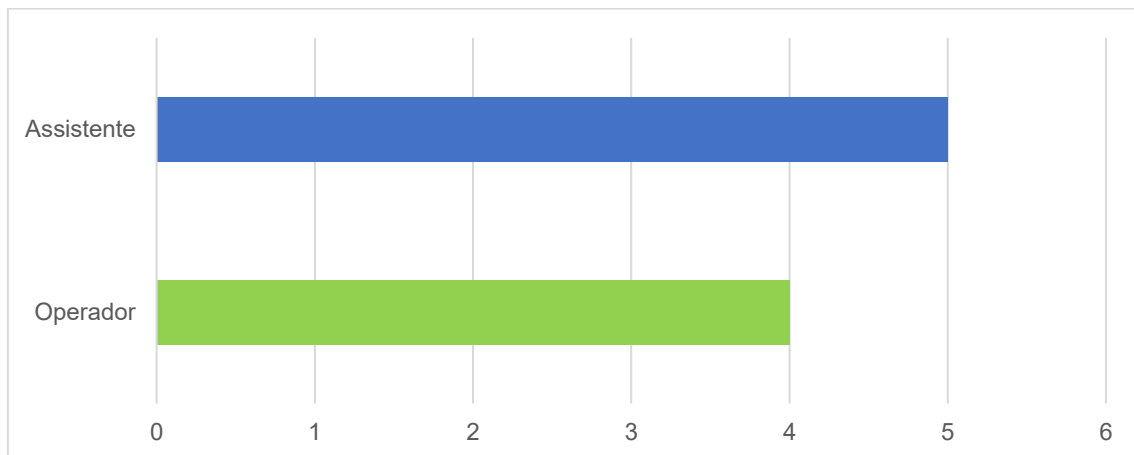


Gráfico 35 - Consultas realizadas em Prostodontia Fixa como assistente e operador.

Relativamente ao tipo de consultas realizadas, pode-se verificar através do gráfico 36, que foram efetuadas quatro consultas de avaliação, duas de controlo, uma de impressões definitivas, uma de entrega de prótese total provisória sobre implantes e uma de entrega de prótese removível com acréscimo de dente pois a paciente não podia comparecer no horário de Prostodontia Removível.

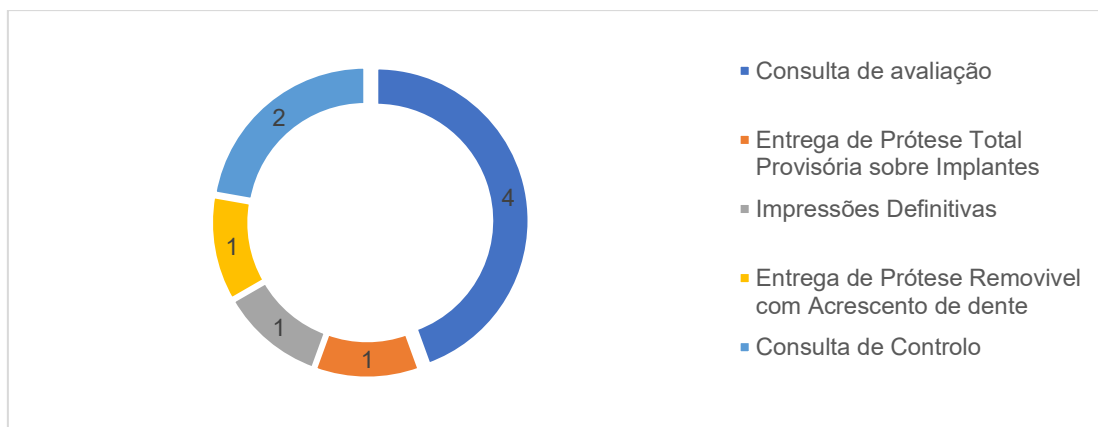


Gráfico 36 - Tipo de consultas realizadas em Prostodontia Fixa.

Em relação aos atos clínicos como operador, foi realizada uma consulta de avaliação, uma de controlo, uma entrega de prótese total provisória sobre implantes e uma entrega de prótese removível com acrescento de dente, como se pode observar no gráfico 37.

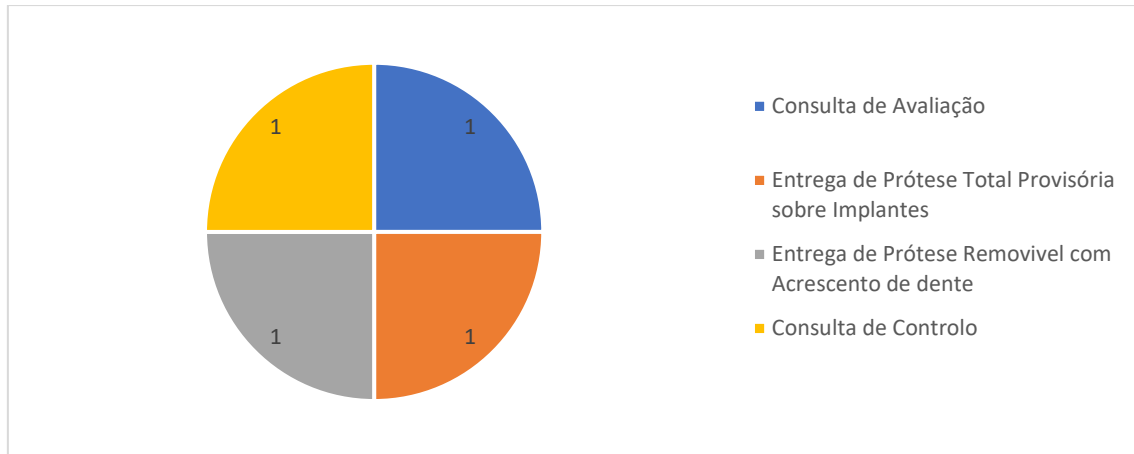


Gráfico 37 - Tipo de consultas realizadas como operador, em Prostodontia Fixa.

Prostodontia Removível

A Prostodontia Removível é a área da Medicina Dentária responsável pela reabilitação de espaços edêntulos com recurso a próteses parciais ou totais removíveis. Estas permitem ao paciente restabelecer a estética, a função mastigatória e fonação, preservando as restantes estruturas ainda existentes (28).

A percentagem de indivíduos com edentulismo completo tem vindo a decrescer pois, hoje em dia, há uma melhor compreensão e redução de doenças de origem dentária, estabelecimento de programas eficazes de manutenção e prevenção e desenvolvimento de materiais dentários. No entanto, a proporção de pacientes parcialmente desdentados tem vindo a aumentar devido a uma maior esperança de vida da população (29).

As próteses parciais removíveis podem ser classificadas quanto ao tipo de material de confeção e quanto ao tipo de suporte. Relativamente ao tipo de material podem ser esqueléticas, se o seu esqueleto for metálico ou acrílicas, quando toda a estrutura de suporte é em acrílico. Quanto ao tipo de suporte, podem ser dentosuportadas, quando a prótese é suportada apenas por dentes, dentomucosuportada, quando é suportada por dentes e rebordo residual ou implantomucosuportada, quando é suportada com implantes e a crista residual (30).

Na Clínica Dentária Universitária as consultas de Prostodontia Removível têm uma periodicidade semanal com duração de quatro horas. Nestas consultas é de extrema importância realizar um correto diagnóstico, em que numa primeira consulta realiza-se a recolha de toda a informação necessária para elaboração do mesmo e consequente plano de tratamento. É preenchido um questionário e uma ficha de classificação do edentulismo (classificação ACP). Após realização do diagnóstico é apresentado o plano de tratamento com o orçamento ao paciente. Foram efetuadas dezassete consultas, das quais nove como operador e oito como assistente, como se pode verificar no gráfico 38.

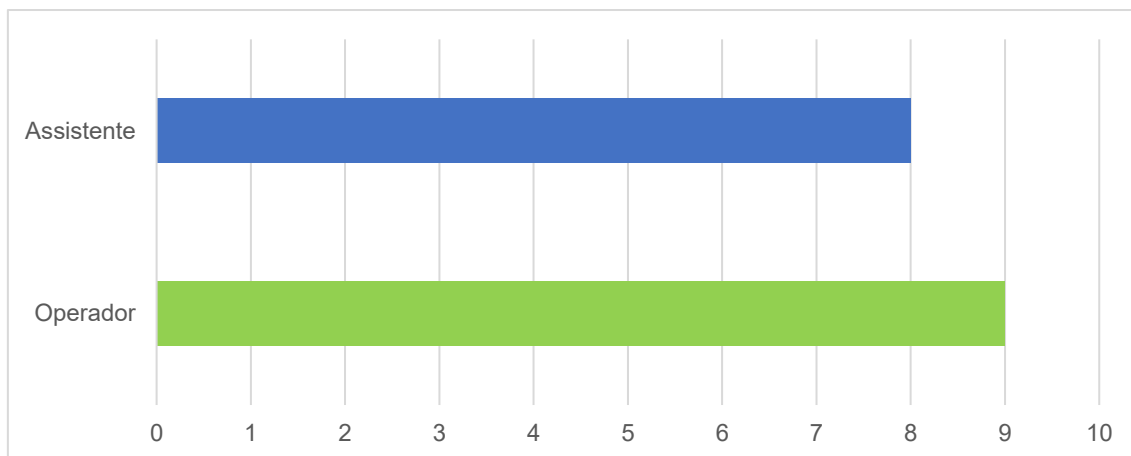


Gráfico 38 - Consultas realizadas em Prostodontia Removível como operador e assistente.

Através da análise do gráfico 39 é possível verificar que foram realizadas sete consultas de avaliação, duas consultas de impressões preliminares, dois rebasamentos em resina dura na clínica, dois acrescentos de dente, um acrescento de dente e gancho, um conserto de prótese, uma entrega de prótese consertada e uma consulta gratuita.

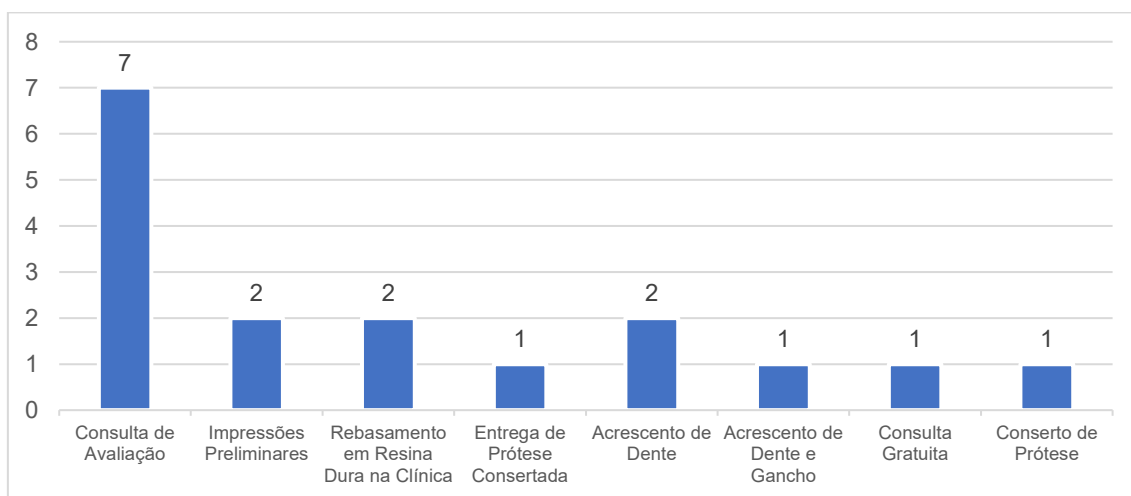


Gráfico 39 - Tipos de consultas realizadas em Prostodontia Removível.

Relativamente aos tipos de atos clínicos como operador foram efetuadas duas consultas de avaliação, dois rebasamento em resina dura na clínica, uma impressão preliminar, um acrescento de dente e gancho, um acrescento de dente, uma entrega de prótese consertada e uma consulta gratuita, como se pode observar no gráfico 40.

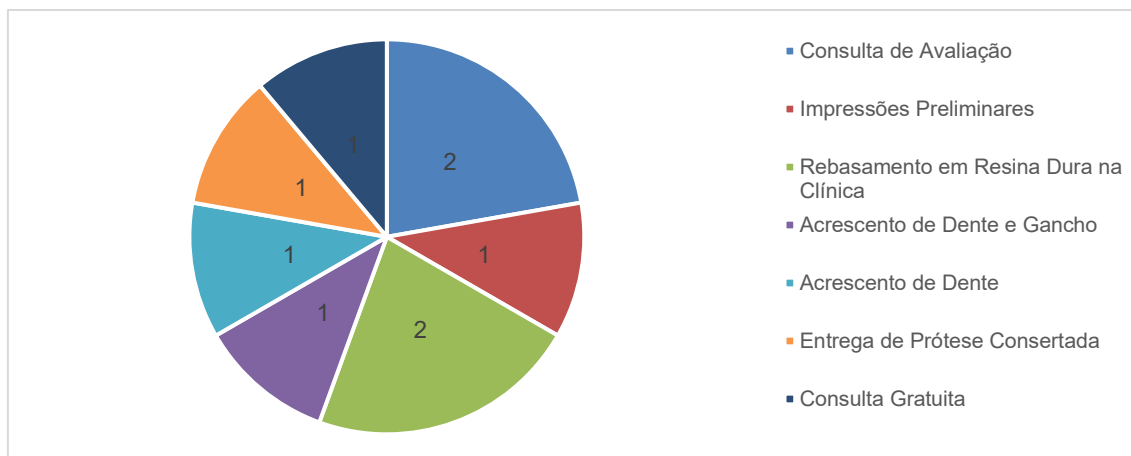


Gráfico 40 - Tipos de consultas realizadas como operador, em *Prótese Removível*.

Casos Clínicos Diferenciados

Caso Clínico I:

Reabilitação Oral através de Próteses Acrílicas

Introdução

Numa situação de desdentação parcial ou total, o paciente pode ser reabilitado de duas formas, através de Prostodontia Fixa ou Prostodontia Removível. As próteses removíveis, mucosurportadas, dentomucosuportadas ou implantosuportadas, são consideradas uma excelente terapêutica e são ainda amplamente utilizadas. Através deste tipo de reabilitação, consegue-se devolver ao paciente a sua função mastigatória, fonação e estética, preservando as estruturas orais existentes. Apesar das próteses implantosuportadas serem cada vez mais preconizadas, as próteses convencionais removíveis constituem uma ótima alternativa de tratamento, conseguindo devolver qualidade de vida aos pacientes que não podem ser submetidos a esse tipo de procedimentos por limitações financeiras ou biológicas (31,32).

Mediante a inevitabilidade de manter os dentes remanescentes em boca devido a envolvimento periodontal, cáries, distribuição inadequada dos dentes pilares ou por motivos financeiros, é necessário realizar extrações. Este facto revela-se uma situação desagradável para o paciente, pois após o procedimento cirúrgico teria de permanecer desdentado o tempo necessário para que houvesse uma correta cicatrização de tecidos duros e moles. O paciente também é afetado a nível estético, mastigatório, fonético, assim como poderão existir problemas de índole social e psicológica (32,33).

A prótese total imediata é uma opção de reabilitação removível indicada para este tipo de situações, em que a sua confeção é realizada previamente à extração das peças dentárias e colocada imediatamente após (33,34). Além de apresentar uma forma eficaz de o paciente manter a estética, mantendo a sua aparência e replicando a relação existente entre os dentes e os maxilares, também apresenta outras vantagens tais como: preservação da função, impedimento de interposição lingual em zonas desdentadas posteriores, preservação da dimensão vertical de oclusão, impedimento de colapso labial,

redução da reabsorção óssea, proteção dos alvéolos dentários pós extração e facilidade na posterior transição para uma prótese total definitiva. No entanto, podemos realçar as seguintes desvantagens: necessidade de realizar rebasamento, desconforto causado pelo trauma da prótese sobre os alvéolos em processo de cicatrização, custos finais da prótese, incapacidade de avaliação estética nas consultas anteriores à entrega e aumento do número de consultas (34,35).

Existem três tipos de prótese total imediata que irão ser escolhidas consoante a adaptação do paciente às próteses anteriores. Estas poderão ser fechadas ou abertas, consoante a presença ou ausência de flanco. Incluído no grupo das fechadas pode-se encontrar as Próteses Totais Imediatas com Flanco Completo, que são idênticas a uma Prótese Total Convencional, ou seja o flanco estende-se em toda a profundidade do vestíbulo. Ainda no grupo das fechadas, encontra-se a Prótese Total Imediata com Flanco Parcial, em que o seu flanco é estendido até ligeiramente acima do maior rebordo da crista, geralmente acima do bordo cervical dos dentes artificiais. Relativamente às abertas existe apenas um tipo, a Prótese Total Imediata sem Flanco, que tal como o nome indica não possui flanco vestibular e estão apoiados no rebordo alveolar. A Prótese Total Imediata com Flanco Completo será a mais estável. No entanto, o Médico Dentista por vezes tem de optar pela Prótese Total Imediata sem Flanco por ser menos traumática e proporcionar ao paciente uma melhor adaptação a uma prótese total (32).

É uma prótese que exige por parte de Médico Dentista e Técnico de Prótese Dentária uma comunicação exemplar na sua elaboração a fim de garantir que esta é confeccionada com base nas extrações que serão feitas e assim evitar grandes acertos intra orais ou mesmo desajuste da prótese. As impressões devem estar o mais fiel possível, ao observado intra oral, de modo a evitar erros na confeção da futura prótese. Assim sendo, a moldagem da área chapeável, nomeadamente dos sulcos associados aos flancos das próteses ou outros componentes, deve estar o mais rigoroso possível.

Após extração dentária existe um período de regeneração dos tecidos moles e duros, normalmente de um e seis meses, respetivamente (36). A cicatrização do alvéolo inicia-se pelo seu preenchimento com sangue que, através de uma série de eventos forma uma rede de fibrina que, juntamente com

as plaquetas, irão formar o coágulo sanguíneo nas primeiras vinte e quatro horas. Dois a quatro dias após a extração o coágulo será substituído por tecido de granulação. No final da segunda semana a porção marginal do alvéolo irá estar recoberta por tecido conectivo rico em vasos e células inflamatórias. Após um mês estamos perante tecidos moles queratinizados e o alvéolo encontra-se preenchido por osteoide. Passados três meses é possível observar a crista alveolar formada por osso osteoide e osso lamelar. Seis meses após a extração, todo o osso osteoide foi substituído por osso lamelar, apresentando assim uma conformação próxima da final (36,37).

Em pacientes reabilitados com prótese total imediata, prevê-se necessário a realização de um ou mais rebasamentos durante este período de regeneração, a fim de permitir uma correta adaptação da base da prótese. Rebasamento é a técnica que possibilita, através de adição ou substituição, um ajuste da base da prótese aos tecidos que a suportam. A técnica de adição preconiza um incremento de material que passa a fazer parte integrante da prótese, podendo ser realizada na Clínica ou no laboratório protético. Por sua vez, na técnica de substituição toda a área chapeável da prótese é substituída, ainda que esta só possa ser realizada no laboratório protético (38).

O material a utilizar deve possuir as seguintes características: biocompatibilidade, estabilidade dimensional, inodoro, insípidez e boa força de adesão à base da prótese sem sofrer alteração na cor. Este pode ser realizado de forma direta, quando é realizado em uma única consulta, ou de forma indireta, quando são necessárias duas consultas e o rebasamento é feito em laboratório (39,40).

Numa primeira fase é realizado um rebasamento direto com “soft liners”, que são materiais de rebase resilientes e podem ser utilizados de forma temporária ou definitiva. Este tipo de material possui propriedades elásticas ou viscoelásticas que vão diminuir o impacto da força mastigatória sobre a mucosa oral. Estes são indicados em casos de próteses totais imediatas, durante a fase de regeneração de tecidos moles e duros, dada a sua fácil remoção se necessário a fim de realizar um novo rebase. A capacidade de diminuir o impacto das forças mastigatórias permite uma melhor recuperação dos tecidos pós extração (39,40). Como exemplos de “soft liners” podemos elencar: o Soft Liner da GC® e o Ufi Gel SC da VOCO®. O Soft Liner da GC®, presente na Clínica

Universitária, é composto por um frasco com líquido de 100g e um frasco com pó (acrílico) de 100g, que será misturado numa proporção de 2,2g de pó para 1,8g de líquido durante 30 a 60 segundos. De seguida, aplica-se a mistura na prótese e esta será inserida em boca na Posição de Relação Cêntrica até tomar presa, o que demora aproximadamente 5 minutos. O Ufi Gel SC da VOCO® é constituído por líquido adesivo (confere uma melhor adesão entre a base da prótese e o material de rebasamento), o próprio material de rebasamento (silicone de adição) e por um glaze (base e catalisador).

Numa fase posterior, após o período de cicatrização ter cessado, um rebasamento direto com “hard liners” pode ser uma opção terapêutica. Este tipo de tratamento é realizado com recurso a materiais rígidos, com melhores propriedades, capazes de conferir uma maior adesão à base da prótese e consequentemente uma maior durabilidade (39,40). Um exemplo de “hard liner” é o REBASE II da Tokuyama®, presente na Clínica Universitária, constituído por um frasco com pó (acrílico) 80g, um frasco com líquido 50ml, um frasco com adesivo 15ml e por um glaze. Outro exemplo de “hard liner” é o Hard Pick-Up SECURE da 3M ESPE®, constituído por um cartucho de 50ml de resina autopolimerizável e um frasco de adesivo 10ml.

Quando o correto recobrimento de todos os tecidos de suporte não for verificado, um rebase duro pode ser realizado em laboratório, com acrílico igual ao utilizado anteriormente para confeção da prótese, fotopolimerizável ou quimicamente ativado (41). Caso o paciente esteja descontente com a prótese atual pode ser confeccionada uma nova prótese que fique completamente ajustada aos tecidos de suporte do paciente e que, ao mesmo tempo, satisfaz todas as suas expectativas (39,40).

Próteses parciais removíveis acrílicas são uma opção de reabilitação bastante preconizada. São próteses removíveis mucosuportadas, podendo também ser apoiadas nos dentes pilares através de ganchos em aço inoxidável de modo a aumentar a retenção. Têm como indicações manter o espaço oclusal, restaurar a função e estética, reestabelecer a relação oclusal e manutenção dos dentes remanescentes e crista residual. Este tipo de próteses removíveis são uma alternativa mais barata quando comparadas a próteses esqueléticas, sendo também de mais fácil confeção no laboratório. Apesar de as próteses acrílicas não serem tão retentivas como as esqueléticas, possuem a vantagem de não

causar maior dano periodontal, especialmente aos dentes pilares. Esta vantagem, associada ao menor custo, pode ser útil na reabilitação de pacientes com problemas periodontais. Outra vantagem presente é que na necessidade de ser realizada uma extração, um rebasamento é de fácil realização. No entanto, apresenta algumas desvantagens, como o facto de o seu material ser mais fraco, não rígido, havendo a necessidade de aumentar a sua espessura para haver robustez. Alguns estudos afirmam que o acrílico da prótese leva a uma maior acumulação de placa, que pode trazer problemas periodontais. Contudo, se houver uma correta higienização e controlo periódico por parte do Médico Dentista, este problema é inexistente (42,43).

Associado ao uso de próteses são necessários vários cuidados para a sua manutenção e preservação da saúde oral do paciente. Foram desenvolvidas certas guidelines com vista a ajudar o Médico Dentista e o paciente a compreenderem melhor todos os cuidados necessários e as melhores formas de manutenção das próteses. A prótese deve ser higienizada diariamente, através de um produto não abrasivo próprio para limpeza da mesma. A higienização deve ser realizada fora da boca e antes de se voltar a inserir a prótese esta deve ser lavada abundantemente com água. As próteses nunca devem ser colocadas em água fervente e em produtos que contenham hipoclorito de sódio por um período superior a dez minutos, pois podem ser danificadas (44).

Os fixadores protéticos podem ser utilizados, ainda que se verifique uma boa estabilidade, a fim de aumentar a sua retenção e consequente qualidade de vida dos pacientes. Estes devem ser removidos da prótese na sua totalidade diariamente e os que contenham zinco na sua constituição devem ser evitados pois podem contribuir para efeitos sistémicos adversos. A cavidade oral também deve ser escovada diariamente e o paciente deve realizar uma consulta de controlo pelo menos uma vez por ano, para manutenção do ajuste e funções ideias da prótese, avaliação de lesões orais e perda óssea. Nestas consultas também é necessário que o Médico Dentista faça uma correta higienização da prótese com ultrassons, de modo a minimizar a acumulação de biofilme ao longo do tempo (44).

Caso Clínico

Paciente do gênero feminino com 49 anos de idade, fumadora (cerca de doze cigarros por dia) e hipertensa (controlada, com toma de Lisinopril Labesfal® 10mg comprimido). Compareceu pela primeira vez na Clínica Universitária, na consulta de Medicina Oral, com o objetivo de realizar uma reavaliação protética e avaliar as restantes peças dentárias pois referia apresentar mobilidade e estava descontente com a estética do seu sorriso.

Tratando-se da primeira vez que a paciente comparecia na Clínica Universitária, foi realizada uma história clínica detalhada (através do preenchimento do questionário e odontograma (Figura 1) do programa *New Soft*®, exame radiológico, exame físico intra e extra oral.

A paciente encontrava-se reabilitada com duas Próteses Parciais Removíveis há cinco anos, cada uma com sete dentes acrílicos (Figura 2). Aquando da realização do exame intra oral e com auxílio da ortopantomografia (Figura 3), foi possível verificar o seguinte:

- Ausência do 17, 15, 14, 13, 24, 25, 26, 27, 37, 36, 35, 34, 44, 46, e 47;
- Resto radicular do dente 16 (extraído no mesmo dia);
- Dentes 12, 11, 21, 22 e 23 com grande perda de suporte vertical e horizontal, vestibularizados;
- Mobilidade tipo III nos dentes 12, 11, 21, 22 e 23;
- Dentes 11 e 21 tratados endodonticamente com lesão periapical;
- Dentes 33, 32, 31, 41, 42, 43 e 45 com mobilidade tipo I;
- Dentes 33 e 45 com cárie cervical.

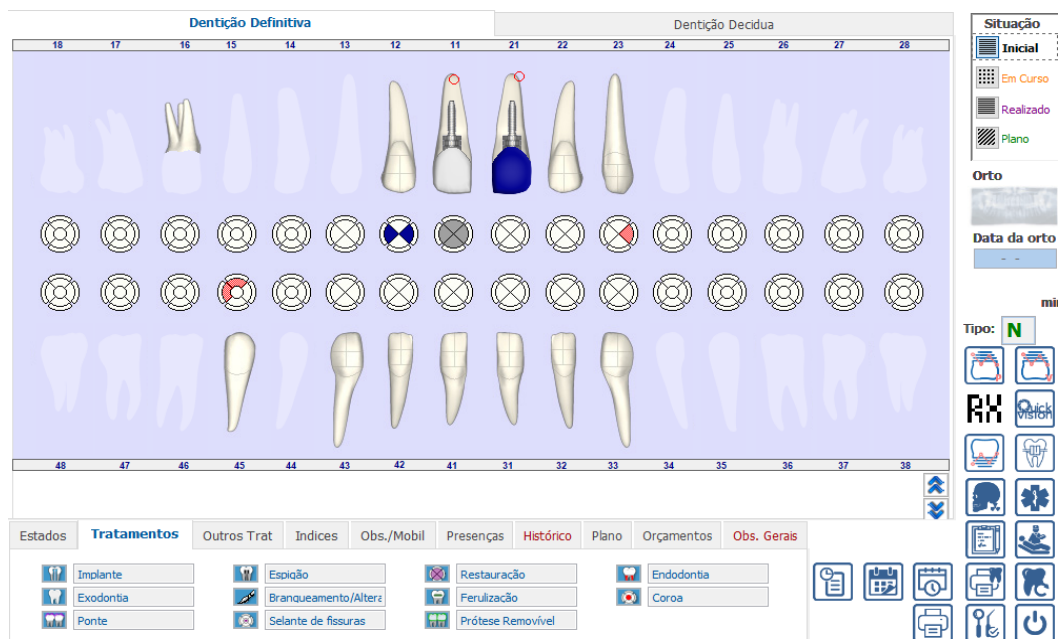


Figura 1 - Odontograma.

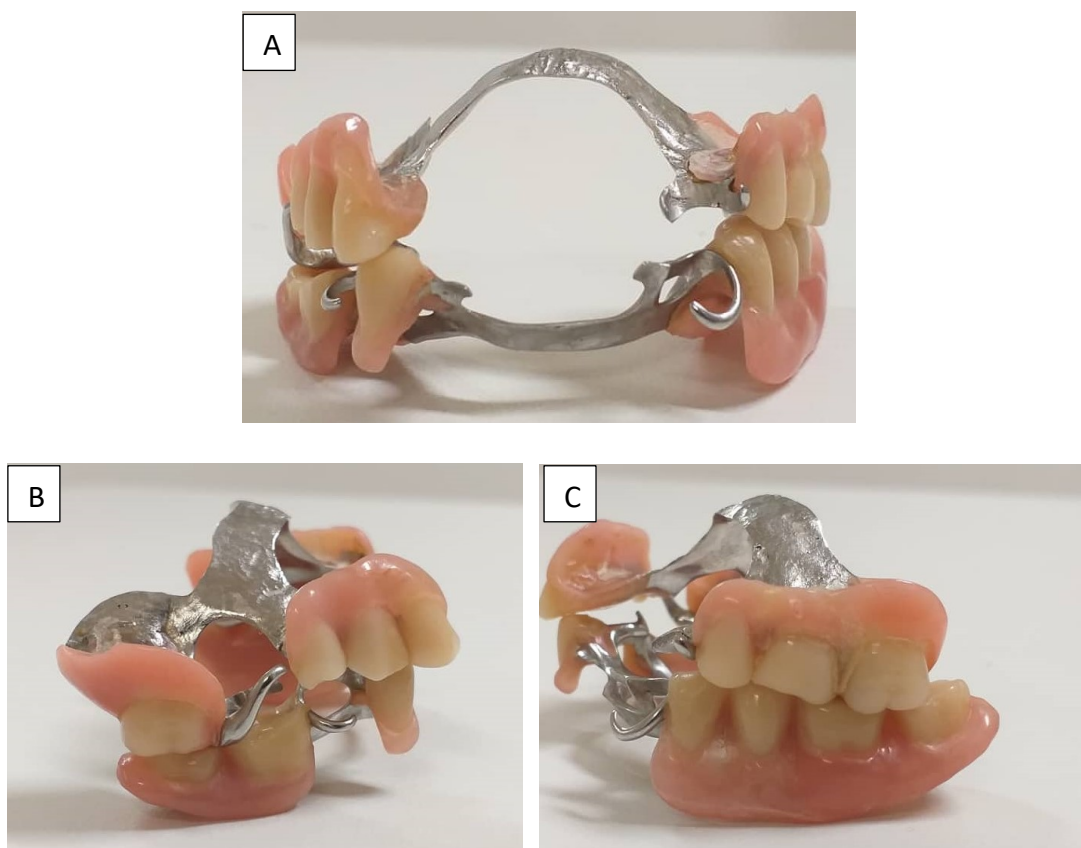


Figura 2 - Fotografia da Prótese Parcial Removível da paciente, (A) Frontal; (B) Lateral Direita; (C) Lateral Esquerda.



Figura 3 - Ortopantomografia.

A paciente foi reencaminhada para a área disciplinar de Prostodontia Removível, na qual foi realizada uma primeira consulta de avaliação.

1ª Consulta de Prostodontia Removível

Na primeira consulta, denominada “Consulta de avaliação”, foram realizadas impressões preliminares de estudo com alginato Zhermack® Orthoprint e moldeiras metálicas *standard* nº4. Posteriormente foi realizada a sua desinfecção com 520 da Durr Dental® e vazadas a gesso tipo III Kerr® (Figura 4).

As impressões preliminares são de extrema importância, visto que é a partir destas que são confeccionadas as moldeiras individuais. Quanto maior o detalhe destas impressões, menor será a necessidade de ajustar as moldeiras individuais para a realização das impressões definitivas.

Ainda nesta consulta foram tiradas fotografias intra e extra orais, com câmara EOS1100D Canon® (Figuras 5 e 6), radiografias periapicais para avaliação dos dentes pilares (Figura 7) e preenchimento da ficha de classificação ACP (Figura 8), sendo avaliada em grau 2.

É de suma importância avaliar diversos aspectos intra orais além das estruturas dentárias, tais como: forma e tamanho das cristas alveolares, profundidade e largura dos sulcos, presença de freios proeminentes, tamanho da língua e qualidade e quantidade de saliva presente.

Devido à extensão da cárie no dente 45 optou-se pela extração do mesmo, sendo a paciente reencaminhada para Cirurgia Oral. Pelo contrário, o

dente 33 era possível ser tratado, sendo feita a sua restauração em Dentisteria Operatória. É ainda importante referir que a paciente foi consultada na área disciplinar de Periodontologia, com o intuito de realizar uma avaliação e tratamento periodontal.



Figura 4 - Modelos de gesso preliminares

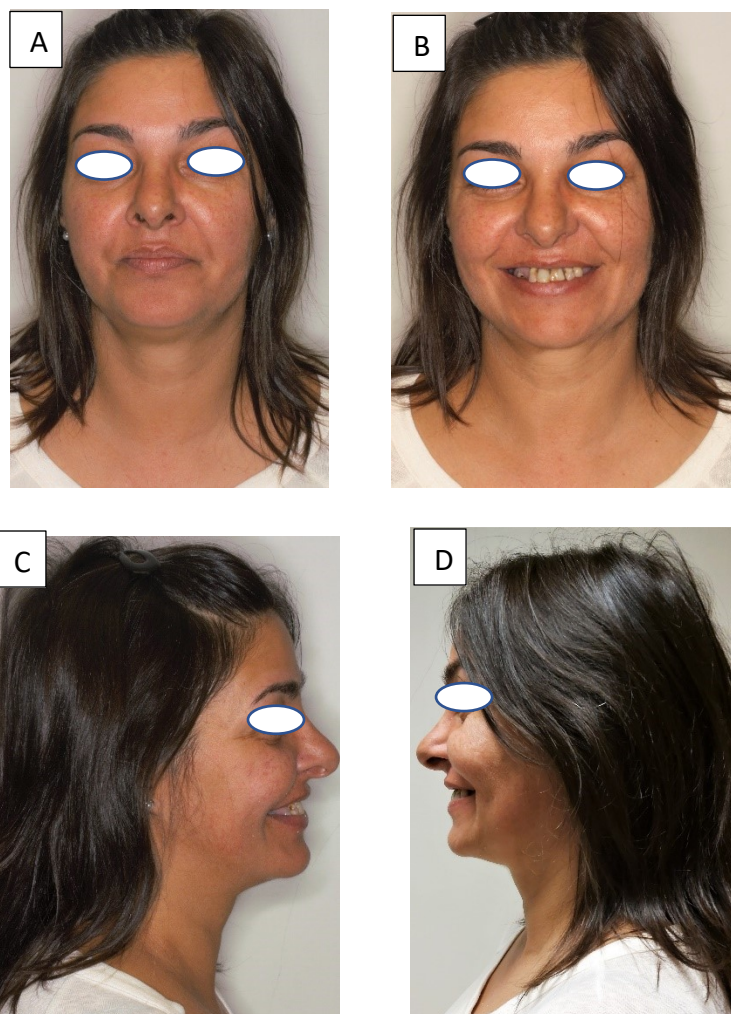


Figura 5 - Fotografias extra orais (A) Frontal em PIM; (B) Frontal em sorriso; (C) Lateral Direita em Sorriso; (D) Lateral Esquerda em Sorriso.

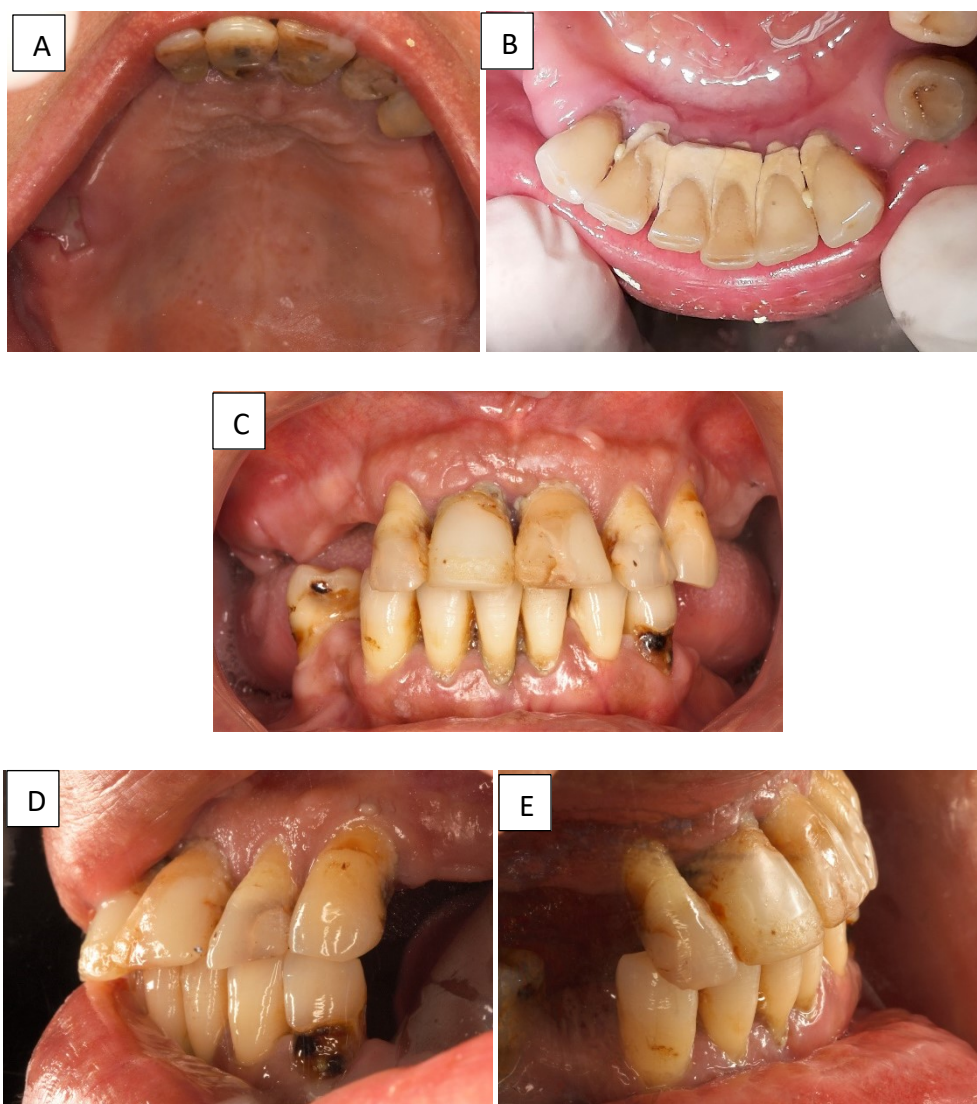


Figura 6 - Fotografias Intra Orais (A) Oclusal Superior; (B) Oclusal Inferior; (C) Frontal; (D) Lateral Esquerda; (E) Lateral Direita



Figura 7 - Radiografias Periapicais (A) Dente 43 e 42; (B) Dente 32 e 33

		I	II	III	IV
Localização e extensão das áreas edêntulas	uma arcada com dano mínimo				
	Ambas as arcadas com dano moderado				
	Dano considerável + 3 dentes			✗	
	danos severos - prognóstico reservado				
	Defeitos maxilo-mandibulares				
Dentes pilares - condição	Dano mínimo				
	dano moderado 1 a 2 sextantes				
	Dano considerável -3 sextantes				
	Danos muito graves - 4 ou mais sextantes				✗
Oclusão	Danos mínimo - s/ necessidade de ajustes oclusais				
	Dano moderado - ajuste oclusal mínimo				
	Dano grave - ajuste oclusal global			✗	
	Danos muito grave (com alterações da DVO)				
Rebordo alveolar	Class I Siebert - perda tecidual <3mm				
	Class II Siebert - perda tecidual de 3 a 6 mm				
	Class III Siebert - perda tecidual de 3 a 6 mm			✗	
	Class IV - perda tecidual > 6 mm				
Prognóstico reservado	Manifestações orais das doenças sistêmicas - graves				
	Maxilomandibular disquínias e/ou ataxias				
	Doente problemático				

Figura 8 - Classificação ACP

Na consulta de Periodontologia, após preenchimento do periodontograma (Figura 9) a paciente foi diagnosticada com Periodontite estadio IV grau C. Relativamente ao estadio, obteve a classificação de IV pois apresentava perdas de inserção maiores que 5mm, mobilidade grau III e menos de dez pares de dentes antagonistas remanescentes. Quanto ao grau, foi atribuído grau C uma vez que a paciente fuma mais de dez cigarros por dia. (25) Após um diagnóstico detalhado, realizou-se a destartarização, a raspagem e o alisamento radicular,

devido à grande quantidade de cálculo presente, tanto supragengival como infragengival.

Procedeu-se ainda a uma avaliação minuciosa dos dentes superiores e inferiores devido ao seu comprometimento periodontal, a fim de apurar se a manutenção dos mesmos era possível. A extração de todos os dentes superiores foi o tratamento eleito, dado o comprometimento periodontal excessivo e mobilidade que apresentavam. Relativamente aos dentes inferiores, optou-se pela manutenção dos mesmos, uma vez que estes apresentavam um estado periodontal passível de ser controlado, ainda que com alguma renitência e precaução, através de consultas de controlo periódicas.

Quanto à classificação de Kennedy, a paciente apresentava uma classe I divisão 1 superior e inferior.

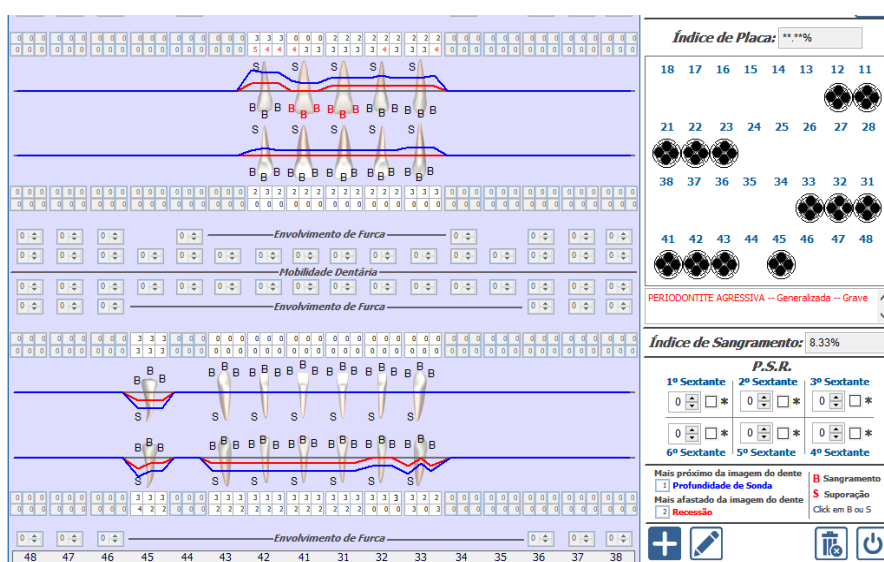


Figura 9 - Periodontograma

A partir desta consulta e com todos os dados recolhidos na primeira consulta de Prostodontia Removível, foi elaborado um plano de tratamento que passaria pela confeção de uma Prótese Total Removível superior imediata com doze dentes (desde o 1º molar superior esquerdo ao 1º molar superior direito) e uma prótese parcial acrílica inferior com seis dentes (pré-molares inferiores e 1^{os} molares inferiores).

O plano de tratamento e respetivo orçamento foram apresentados na segunda consulta de Prostodontia Removível, caso a paciente aceitasse, iria ser dada continuação ao tratamento.

Entre a primeira e segunda consulta foram confeccionadas moldeiras individuais com resina fotopolimerizável rosa Schmidt® (Figura 10). Estas devem ser confeccionadas de modo a haver um espaço entre as moldeiras e os dentes e tecidos moles adjacentes, possibilitando a obtenção de uma impressão mais fiel de toda a área chapeável. Deve ser realizada uma verificação das moldeiras individuais, de modo a avaliar se há sobreextensão ou subextensão dos flancos, bordos cortantes, e se a pega não interfere com a posição do lábio, língua ou dificulta a execução de movimentos funcionais.

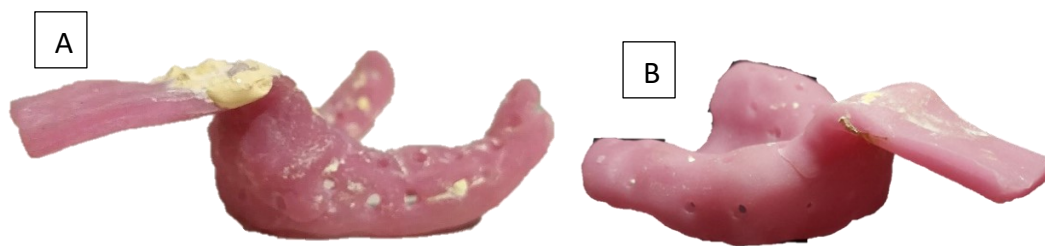


Figura 10 - Moldeiras Individuais (A) Inferior; (B) Superior

2ª Consulta de Prostodontia Removível

Após ser apresentado o plano de tratamento e aceitação do orçamento por parte da paciente, procedeu-se à realização das impressões definitivas, através das moldeiras individuais, novamente com alginato Zhermack® Orthoprint. O alginato deve ser corretamente manipulado e disperso por toda a moldeira que, de seguida, vai ser inserida em boca. Esta deve ficar estabilizada enquanto são realizados movimentos funcionais da mucosa jugal, lábio e língua (no caso da mandíbula). Devido à grande mobilidade dos dentes superiores, estes foram lubrificados com vaselina Alifar®, para evitar avulsão dos mesmos durante a realização deste procedimento.

Após a remoção das impressões, estas foram detalhadamente avaliadas relativamente a alguns aspetos para que não haja qualquer problema quanto à sua exatidão, tais como: bolhas, rompimento do material, separação do alginato

da moldeira e posicionamento errado da moldeira. Após inspeção visual, as impressões foram desinfetadas com 520 da Durr Dental® e vazadas a gesso tipo III Kerr® e, posteriormente enviadas para laboratório para serem confeccionadas as placas base com rolos de articulação para o registo intermaxilar.

Como procedimento pré-protético, apenas foi realizada a restauração do dente 33 que apresentava uma cárie cervical. Esta foi removida e posteriormente foi restaurada com o compósito Coltene Synergy® D6 Dentin A3/D3

3ª Consulta de Prostodontia Removível

Nesta consulta foi realizado o registo intermaxilar. A sua finalidade é fixar a relação da mandíbula com a maxila para que esta possa ser transferida e reproduzida em laboratório.

De modo a determinar a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), foi necessário previamente medir a Dimensão Vertical de Repouso (DVR) da paciente. Para isso foram marcados dois pontos, um na maxila (sub-nasal) e outro na mandíbula (mentoniano). Com a paciente relaxada, sentada num ângulo de 90° e confortável, foi medida a distância entre os dois pontos, obtendo assim uma DVR de 80mm. A este valor foi subtraído o Espaço livre inter-oclusal, que corresponde ao espaço existente entre a arcada superior e a arcada inferior quando a paciente se encontra em Posição de Repouso. Tendo em conta que o Espaço livre inter-oclusal tem em média 3mm, retirou-se este valor aos 80mm, obtendo-se assim uma DVO de 77mm.

De seguida, foi efetuada avaliação às placas base (Figura 11) em boca. Primeiro, colocou-se a placa base superior e foi verificada a sua extensão, estabilidade, suporte e retenção. O rolo de articulação fornece suporte ao lábio, enquanto que em zonas posteriores deve preencher o sulco vestibular e por palatino deve permitir espaço para a língua. Seguidamente inseriu-se a placa base inferior, ajustada para a DVO previamente estabelecida, manipulando o paciente para ocluir em Relação Cêntrica. Posteriormente foram verificados os terços faciais, as comissuras labiais, a protusão mandibular e a capacidade fonética por parte da paciente.

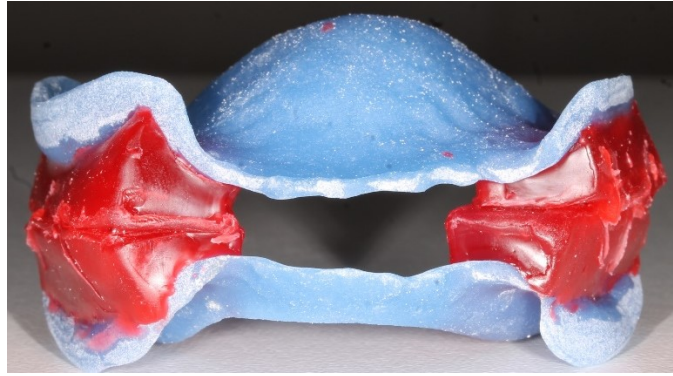


Figura 11 - Placas base com rolos de articulação

Após as placas base estarem corretamente modeladas e estáveis, realizaram-se duas linhas diagonais laterais (direito e esquerdo) para orientação para o Técnico de Prótese (Figura 12).

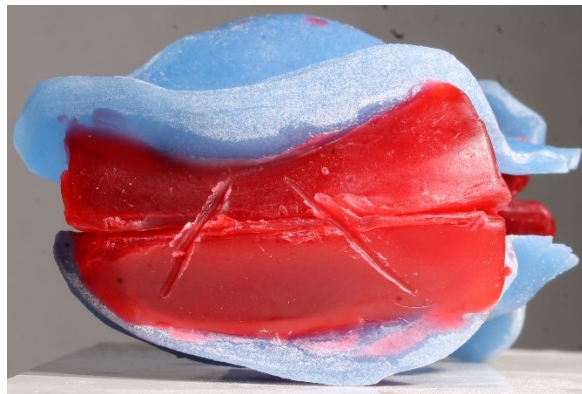


Figura 12 - Placas base vista de perfil

Finalmente, foi escolhida a cor dos dentes através da escala de cores Vita Classical® A1-D4, sendo selecionada a cor A3 (Figura 13). Foi tido em consideração ainda a opinião e as expectativas do paciente aquando da seleção da cor. As placas base, bem como todas as informações necessárias, foram enviadas novamente para o laboratório, a fim de serem adicionados os dentes artificiais acrílicos.



Figura 13 - Escolha da cor

4ª Consulta de Prostodontia Removível

Nesta consulta foi realizada a prova de dentes (Figura 14). No entanto, como a maxila foi reabilitada com uma Prótese Total Removível Imediata não foi necessário a execução desta etapa. Assim, este procedimento foi apenas realizado para o sector inferior.

Inicialmente foi feita inspeção visual das próteses, quanto à superfície de impressão, superfície polida e superfície oclusal. De seguida, colocaram-se a próteses em boca e procedeu-se à avaliação intra oral. Nesta etapa, as seguintes características da prótese foram sujeitas a avaliação:

- Retenção, observando possíveis flancos inadequados e um selamento deficiente;
- Estabilidade;
- Extensão da base da prótese, avaliando possíveis zonas de subextensão ou sobreextensão;
- Dimensão Vertical de Oclusão;
- Aparência facial, analisando a posição do lábio, as proporções faciais e as relações intermaxilares;
- Fonética, testar sons com “M’s” e “F’s” que se não forem bem pronunciados podem indicar alterações da DVO;

- Oclusão, avaliando se havia presença de discrepâncias dentárias verticais e horizontais, prematuridades e interferências. Esta encontrava-se balanceada, havendo contactos simultâneos bilaterais (Figura 15), verificados através do papel articular Henry Schein® de 40µ.

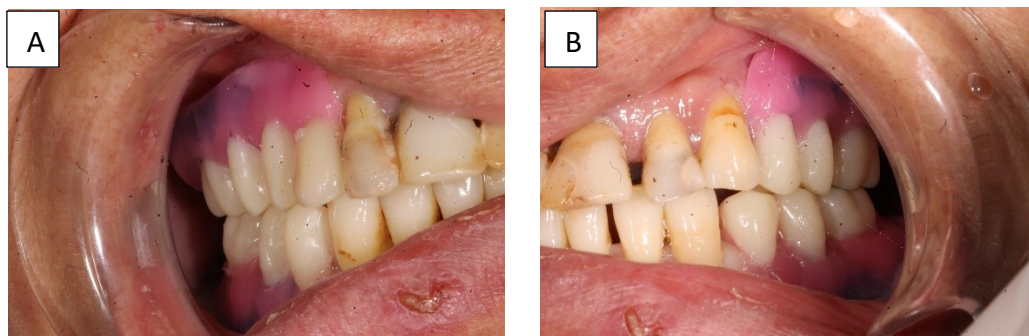


Figura 14 - Prova de dentes (A) Lado Direito; (B) Lado Esquerdo

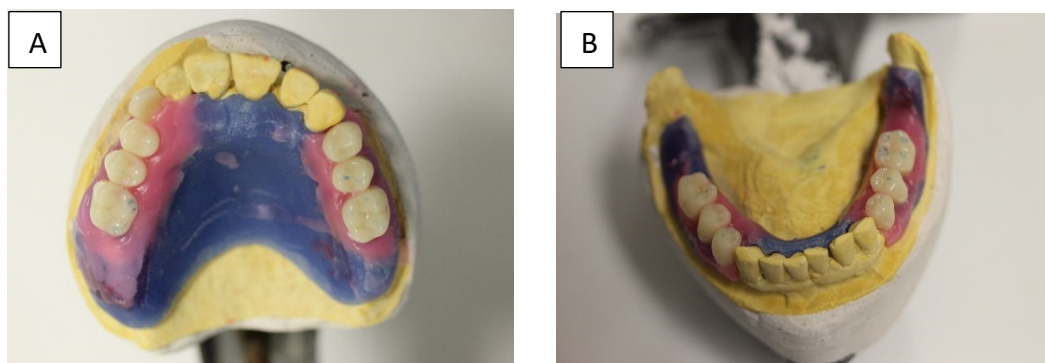


Figura 15 - Próteses com contactos oclusais (A) Superior; (B) Inferior

Sem nenhuma adversidade a destacar, as próteses foram enviadas para o laboratório, para a acrilização.

5ª Consulta de Prostodontia Removível

Nesta consulta foram realizadas as exodontias dos dentes antero-superiores e colocação da Prótese Total Removível Imediata Superior e Prótese Parcial Acrílica Inferior.

Iniciou-se pela realização de anestesia com Inibsa Xilonibsa® c/ Epinefrina (Cloridrato de lidocaína + epinefrina) 1:80000 1.8ml, através da técnica infiltrativa, no primeiro quadrante. A injeção do anestésico foi efetuada na mucosa ao nível do dente 12 (Figura 16), com o intuito de bloquear o nervo alveolar superior anterior. De seguida foi realizado o bloqueio do nervo nasopalatino, através da injeção de anestésico na papila incisiva (Figura 17).



Figura 16 - Anestesia por vestibular



Figura 17 - Anestesia por palatino

Após a anestesia do primeiro quadrante estar completa, iniciou-se a sindesmotomia do dente 12 (Figura 18), que é o processo através do qual se realiza a desinserção das fibras gengivais ao redor do dente. Após este procedimento, não foi necessária a realização de luxação com alavanca, devido à grande mobilidade que o dente apresentava, passando diretamente para a preensão com o boticão (Figura 19). Através deste, foi executada a avulsão da peça dentária, por meio de cinco movimentos: (6)

1. Pressão apical – ligeira força no sentido apical com a finalidade de expandir ligeiramente o alvéolo;
2. Força vestibular – força no sentido vestibular que causou expansão da cortical vestibular na zona da crista e expansão da cortical palatina na zona do ápex radicular;
3. Força Palatina – força no sentido palatino que causou expansão da cortical palatina na zona da crista e expansão da cortical vestibular na zona do ápex;

4. Pressão rotacional – sendo um dente monoradicular foi possível realizar a sua rotação, promovendo uma maior desinserção do mesmo;
5. Força de tração – força no sentido coronal e é realizada avulsão do dente.

Já com o dente extraído, foi realizada curetagem do alvéolo para avaliar a integridade do mesmo e a presença ou não de tecido de granulação (que deve ser removido).



Figura 18 - Sindesmotomia



Figura 19 - Luxação e avulsão com boticão

Após extração do dente 12, avançou-se para a exodontia do dente 11, cujo procedimento semelhante ao descrito anteriormente. Finalizada a extração dos dentes do primeiro quadrante, procedeu-se à anestesia do segundo quadrante, realizando através da técnica infiltrativa, a injeção do anestésico na mucosa ao nível do dente 22, com o intuito de bloquear o nervo alveolar superior anterior. A porção palatina já estava anestesiada através do bloqueio do nervo nasopalatino. O processo de extração dos dentes 23, 22 e 21 foi realizado de

forma semelhante aos dentes 11 e 12. No final de todas as extrações (Figura 20 e 21), os alvéolos foram inspecionados para verificar eventual presença de espículas ósseas ou fragmentos radiculares. Não foi realizada a síntese cirúrgica.

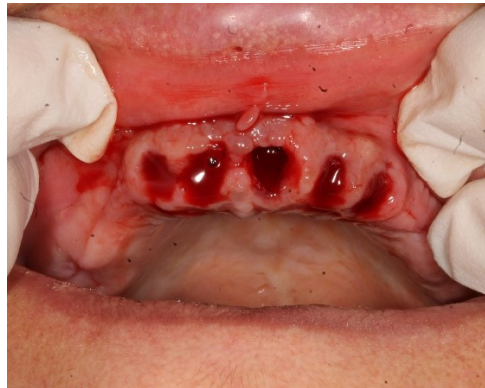


Figura 20 - Álveolos pós extração



Figura 21 - Dentes extraídos

No final desta etapa procedeu-se à inserção de ambas as próteses. Iniciou-se pela Prótese Parcial Acrílica Inferior que, antes de ser colocada, foi inspecionada para pesquisar possíveis bordos cortantes ou ângulos afiados. Depois de colocada em boca foi avaliada a sua retenção e estabilidade.

Antes da inserção da Prótese Total Imediata Superior, procedeu-se ao rebasamento da mesma com um material resiliente, Soft Liner da GC®. Este vai ajudar na cicatrização dos alvéolos no sentido em que diminui o impacto das forças mastigatórias sobre os mesmos, além de que é de fácil remoção, caso seja necessário realizar um novo rebasamento.

Foi inserido Tefflon® nos alvéolos para os proteger da entrada do material de rebase. Realizou-se um ligeiro desgaste da parte interna da prótese, com a peça de mão e brocas de acrílico da marca Komet® De seguida, misturou-se o pó e o líquido, numa proporção de 2,2g de pó para 1,8g de líquido durante 30 a 60 segundos (Figura 22). De seguida, aplicou-se a mistura na parte interna da prótese (Figura 23) e esta foi inserida em boca na Posição de Relação Cêntrica até tomar presa. Este procedimento durou aproximadamente 5 minutos. Passado este tempo, retirou-se a prótese e colocou-se em água fria, de modo a terminar a polimerização.

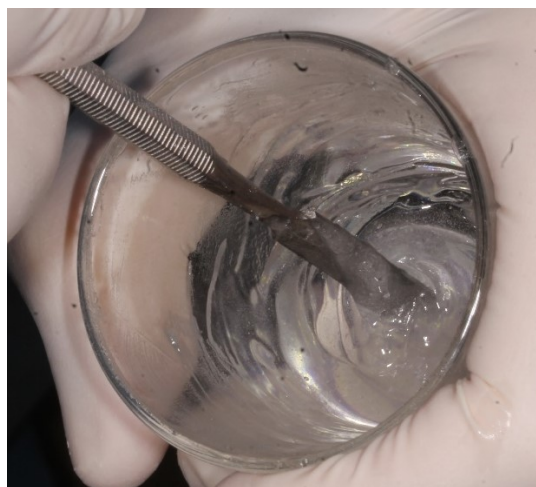


Figura 22 - Mistura do material de rebase, Soft Liner da GC®

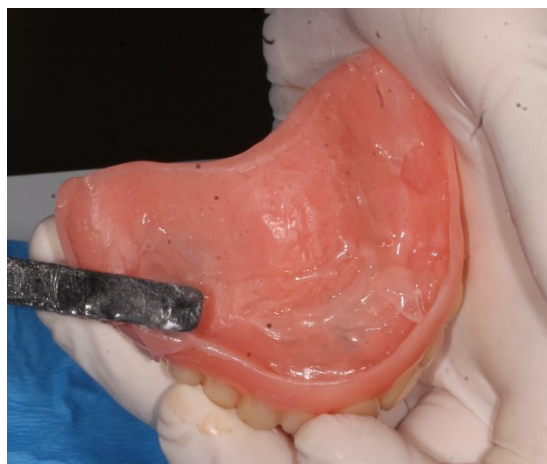


Figura 23 - Aplicação do material de rebase na prótese

Terminado o rebasamento, a Prótese Total Imediata foi inserida em boca, avaliando novamente a sua retenção e estabilidade. De seguida, com as duas

próteses em boca (Figura 24) foi avaliada a oclusão. Através do uso do papel articular Henry Schein® de 40μ, inspecionou-se possíveis prematuridades. Por fim, foram avaliados os dentes quando à sua posição, cor e harmonia.



Figura 24 - Fotografia frontal com as duas próteses em boca

Sem nenhum problema a relatar, foram dadas as seguintes instruções à paciente: alertar para a possibilidade de surgir dor, desconforto e problemas com a fonética até habituação à prótese; ensinar a colocar e retirar a prótese de acordo com os seus eixos de inserção e desinserção; correta higienização das próteses, estas devem ser escovadas após cada refeição utilizando escovas apropriadas e pasta não abrasiva, que pode ser complementada com a utilização de efervescentes próprios; evitar o uso contínuo da prótese, realizando sempre o descanso noturno da mesma.

Por fim foram tiradas fotos extra orais de forma a serem avaliadas as diferenças a nível da DVO, melhoria das proporções dos terços faciais e harmonia dos restantes dentes, antes e após a reabilitação (Figura 25 e 26).

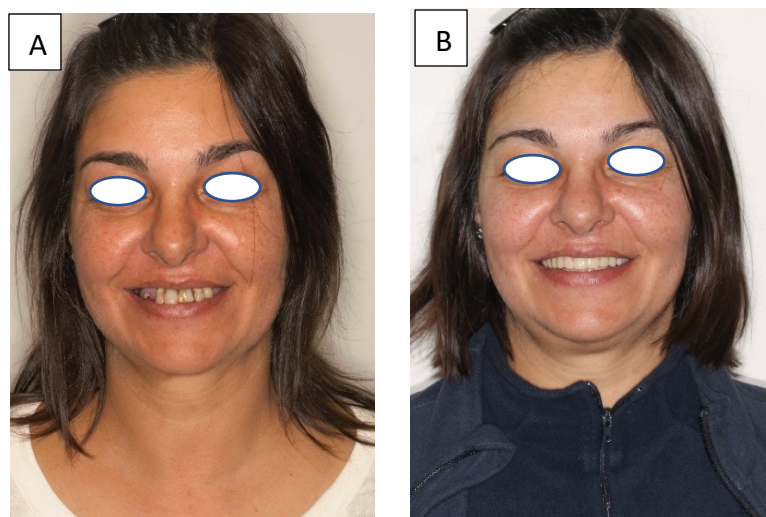


Figura 25 - Fotografias extra orais Frontais em Sorriso (A) Inicial; (B) Final

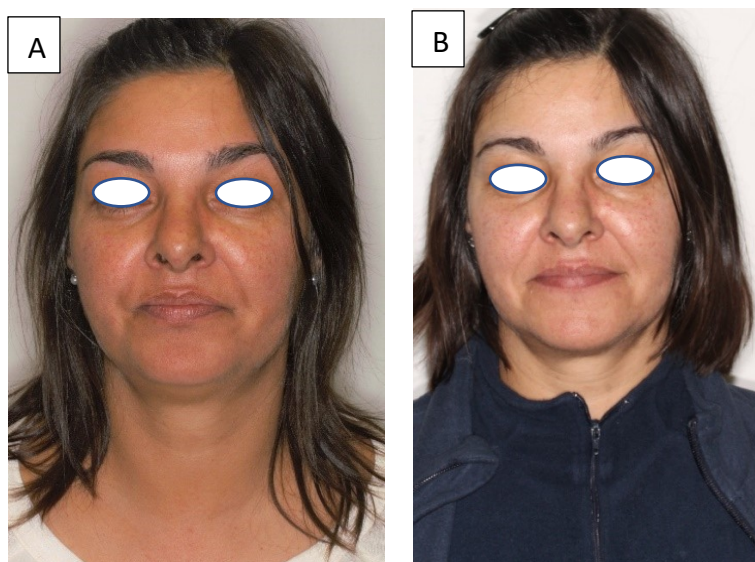


Figura 26 - Fotografias extra orais Frontais em PIM (A) Inicial; (B) Final

6ª Consulta de Prostodontia Removível

A primeira consulta de controlo foi realizada uma semana após a entrega das próteses. Efetuou-se um exame cuidadoso de toda a cavidade oral e das próteses, quanto à sua retenção, estabilidade e suporte, não tendo sido encontrado nada de anormal. Os alvéolos estavam a cicatrizar corretamente, a oclusão estava correta e a paciente não relatou qualquer tipo de queixa. Foram reforçados os cuidados a ter com as próteses e a importância de higienizar as mesmas e os dentes remanescentes.

7ª Consulta de Prostodontia Removível

Segunda consulta de controlo, realizada três meses após a colocação das próteses. Foi realizada inspeção intra oral relativamente a zonas que poderiam estar ulceradas ou com algum tipo de lesão reativa. Avaliou-se a estabilidade, suporte e retenção das próteses, ponderando a necessidade de um novo rebasamento, pelo que foi decidido não ser necessário. Os alvéolos estavam com uma boa cicatrização. A paciente foi novamente instruída relativamente aos cuidados a ter com as próteses e instruções de como realizar uma correta higienização.

Discussão

Atualmente, de acordo com a literatura, a perda dentária para além de provocar danos funcionais e estéticos, possui um grande impacto psicossocial. A nível funcional, a ausência de dentes tem repercussões negativas, na mastigação, na deglutição e na fala, o que leva a uma diminuição considerável da qualidade de vida (45).

A reabilitação oral das áreas edêntulas permite um restabelecimento da função mastigatória e da aparência física. Esta pode ser realizada com recurso a Prostodontia Fixa ou Prostodontia Removível, sendo fundamental a realização de um diagnóstico e plano de tratamento adequados (46).

Nos dias de hoje, para a reabilitação em casos de edentulismo parcial, existe a opção de tratamento com recurso a implantes dentários, especialmente nos casos que apresentam edentulismo parcial longo que não possibilitam o tratamento com recurso a pontes fixas. No entanto, nestes casos a reabilitação apresenta algumas desvantagens, tanto a nível financeiro (tratamentos mais caros) como a nível de tempo (reabilitação demorada) podendo apresentar-se como contraindicação no tratamento (29).

O sucesso nos casos de reabilitação com implantes apresenta-se controverso pois muitos estudos falam sobre rácios de sucesso quando na verdade se referem a rácios de sobrevivência. Cinco a dez anos após a colocação de implantes existe uma percentagem elevada de complicações peri-implantares, por isso torna-se contraditório falar em percentagens de sucesso ao

invés de percentagens de sobrevivência. O implante dentário é um tratamento irreversível, logo em casos que há falha no tratamento a única opção seria a recolocação de outro implante ou confecção de uma Prótese Parcial Removível (47).

Contrariamente à reabilitação com Implantes, o tratamento com Próteses Parciais Removíveis é minimamente invasivo e permite um tratamento mais económico, com menor tempo de cadeira (29). É bastante preconizada para reabilitar áreas edêntulas, conseguindo devolver ao paciente a sua eficiência mastigatória e fonética, ao mesmo tempo que evita movimentos indesejados dos dentes adjacentes (48,49).

Estas conseguem providenciar um tratamento a longo prazo, restabelecendo tecidos duros e moles que foram perdidos, e também um tratamento provisório através de próteses transitórias após perda dentária (49).

Existem dois tipos de Próteses Removíveis: as acrílicas em que a maior parte ou mesmo toda a sua estrutura é composta por acrílico; as esqueléticas (convencionais) que também contêm acrílico na sua estrutura, no entanto, possuem como esqueleto uma liga metálica (50).

As Próteses Removíveis Convencionais são geralmente mais utilizadas que as acrílicas, sobretudo devido à sua ótima resistência e retenção. Além de serem menos volumosas, resistentes à corrosão e permitirem a cobertura das margens gengivais, também possuem uma base estável, dissipando as forças sobre a crista residual (49).

No entanto, pacientes portadores de Próteses Removíveis Convencionais podem estar mais predispostos ao risco de cárie, gengivite e doença periodontal. Os estados destas doenças podem determinar a conservação dos tecidos que suportam as próteses. Quando a sua estrutura é erradamente confeccionada há uma maior acumulação de placa, que se não for corretamente higienizada, aumenta a incidência de cárie, problemas periodontais e consequente perda de estrutura óssea e mobilidade dentária (49).

As Próteses Parciais Removíveis Acrílicas quando utilizadas de forma provisória, são indispensáveis para repor função e estética. Tal como as convencionais, as acrílicas necessitam de uma boa manutenção da higiene oral de forma a evitar a perda dos tecidos de suporte. Possuem algumas desvantagens relativamente às próteses com infraestrutura metálica,

nomeadamente menor força mecânica (origina problemas na mastigação), alto coeficiente de expansão, rápida deterioração e possível citotoxicidade (49,51).

Contudo, em pacientes com má higiene oral e história prévia de doença periodontal, cujo as restantes peças dentárias apresentam um prognóstico desfavorável, as Próteses Parciais Removíveis Acrílicas são indicadas como uma reabilitação provisória. Apresentam uma boa estética devido à sua translucidez e cor, são economicamente mais viáveis, possuem menos peso e são mais fáceis de confeccionar e reparar. Embora este tipo de próteses seja relativamente mais fácil de preparar e aplicar, a sua preparação segue os mesmos princípios das próteses convencionais e exige que sejam tomadas as medidas necessárias (49,51).

Na inevitabilidade de manter todos os dentes em boca, devido a dentes cariados ou com problemas periodontais, as Próteses Totais Imediatas são uma boa hipótese de tratamento. Este tipo de reabilitação permite minimizar a transição do estado dentado para o estado desdentado, restabelecendo a estética, fonética e capacidade mastigatória (52).

A presença dos dentes remanescentes irá facilitar a seleção dos dentes artificiais quanto à forma, cor e tamanho. Além do mais, a utilização de Próteses Imediatas permite controlar a hemorragia e a reabsorção das cristas ósseas, prevenindo a entrada de alimentos ou qualquer outra substância no alvéolo, levando a uma cicatrização mais rápida e eficaz (52,53).

Após a cicatrização e remodelação dos tecidos é necessário realizar um rebasamento com material resiliente. Este atenua as cargas compressivas nas áreas submetidas a cirurgia, absorvendo a energia de impacto e melhora a adaptação da prótese evitando que a mesma provoque trauma na mucosa. Posteriormente à completa remodelação dos tecidos duros e moles, o Médico Dentista pode optar por realizar um rebasamento duro ou até mesmo uma Prótese Total nova (54).

No presente caso clínico, devido ao grande comprometimento periodontal que os dentes superiores apresentavam, não seria possível mantê-los em boca, pelo que se optou por se realizar a extração de todos os elementos e posterior reabilitação oral através de uma Prótese Total Imediata Superior. Este tipo de prótese é indicada em casos de múltiplas extrações, uma vez que torna possível manter a estética e função, transferindo características dos dentes naturais para

a dentição artificial. Durante o período de remodelação dos tecidos moles e duros, poderá ser necessária a realização de um ou mais rebases, de forma a aumentar a retenção e estabilidade da prótese.

Na mandíbula, o comprometimento periodontal não seria tão grave, pelo que os dentes foram mantidos em boca. No entanto, devido à fraca higiene oral, optou-se por ser realizada uma Prótese Parcial Removível Acrílica.

Como o período de remodelação óssea é no mínimo seis meses, optou-se pela utilização da Prótese Total Imediata durante esse tempo e após o término desse prazo voltar a avaliar de modo a realizar uma Prótese Total nova. Visto que a paciente não possuía bons hábitos de higiene, optou-se por confeccionar a Prótese Parcial Acrílica como definitiva. No caso de a sua higiene melhorar significativamente e os dentes inferiores não perderem mais suporte periodontal, poderá ser equacionada a confecção de uma Prótese Parcial Esquelética.

Caso Clínico II:

Epúlíde Fissurada - Remoção Cirúrgica com Laser Diodo

Introdução

A epúlíde fissurada, também denominada de hiperplasia fibrosa inflamatória, é uma lesão proliferativa de caráter fibroso, associada a um trauma constante e de baixa intensidade, normalmente devido a próteses mal adaptadas (55). A sua base pode ser séssil ou pediculada, com coloração semelhante à mucosa, de consistência firme e fibrosa. Histologicamente, caracteriza-se por uma hiperplasia do tecido conjuntivo fibroso coberto por epitélio hiperparaqueratinizado (16). A hiperplasia pode ser localizada ou de grande extensão envolvendo todo o vestíbulo. Normalmente assintomática, no entanto, dependendo do grau de agressão ao epitélio, algumas lesões podem apresentar-se eritematosas, ou até mesmo ulceradas, originando dor (16). O seu diagnóstico diferencial pode ser feito com granuloma periférico de células gigantes, fibroma ossificante periférico e granuloma piogénico (16,56). O tratamento de eleição consiste na remoção cirúrgica, através de bisturi tradicional, bisturi elétrico, laser ou crioterapia e confecção de uma prótese nova (16,57).

O Laser (Light Amplification by the Stimulated Emission of Radiation) teve a sua primeira aplicação na Medicina Dentária em 1960, por Miaman e desde então a sua utilização tem sido cada vez mais desenvolvida e praticada. Normalmente são classificados em lasers de tecidos duros, que possuem maior comprimento de onda, e lasers de tecidos moles, com menor comprimento de onda. Os tipos de Lasers mais utilizados na prática de Medicina Dentária são o Laser CO₂, Laser Nd: YAG, Laser Diodo e Laser Erbium. O Laser Diodo apenas é efetivo em tecidos moles, sendo utilizado em gengivectomias, alongamentos coronários, exposição de dentes recobertos por tecido mole, excisão de tecido mole hipertrófico e frenectomias (58).

No presente caso clínico, para realizar a excisão da lesão, foi utilizado um Laser Diodo Medency Primo®, com um comprimento de onda entre 980 e 810 nm e uma frequência de 25KHz.

Caso Clínico

Paciente do género feminino com 74 anos de idade, não fumadora, desdentada total sendo reabilitada com duas próteses totais, apresentou-se na Clínica Universitária, na área disciplinar de Cirurgia Oral, reencaminhada de uma Clínica Privada. Quanto à história médica a paciente apresenta diagnóstico de hipertensão e níveis altos de colesterol e triglicérideos, sendo medicada para os mesmos. Tem como antecedente uma neoplasia cerebral benigna, que foi removida sem necessitar de radio ou quimioterapia. Em relação à medicação toma Tegretol® 200mg comprimido, Jumex® 5mg comprimido, Ácido Fólico Actavis® 5mg comprimido, Livazo® 1mg comprimido, Lipanor® 100mg cápsula.

A paciente apresentava uma lesão na zona anterior da mandíbula e não sabia dizer quando iniciou o seu aparecimento, pois não possuía qualquer tipo de sintomatologia. Ao exame clínico verificou-se uma lesão exóftica, com diversas pregas de tecido hiperplásico, de consistência firme e fibrosa, não sangrante, com cerca de 35mm de comprimento, localizada no vestíbulo anterior da mandíbula, em que o diagnóstico mais provável seria epúlides fissuradas, como se observa na Figura 27.



Figura 27 - Lesão compatível com epúlides fissuradas na zona anterior da mandíbula.

Já teria sido informada na Clínica Privada acerca do diagnóstico e tratamento necessário, pelo que se deslocou à Clínica Universitária para a lesão ser removida com laser. Foi realizada profilaxia antibiótica com Clavamox® 2g comprimido, uma hora antes da cirurgia. Procedeu-se à anestesia com Inibsa Artinibsa® (Cloridrato de Articaina e Epinefrina) 1:100000 1.8ml, começando por se realizar um bloqueio mentoniano bilateral e, através da técnica infiltrativa, em

todo o redor da lesão. Foi feita tração do lábio inferior pelo assistente e com o laser Diodo, regulado a uma potência de 1.2W, posicionou-se a ponta do mesmo junto aos tecidos e foi enucleada toda a lesão, como se observa na figura 28 e 29.



Figura 28 - Excisão da lesão.



Figura 29 - Lesão excisionada.

A peça excisionada foi colocada em formol tamponado a 10% e enviou-se para análise anatomo-patológica. No final, foi instruído à paciente que em caso de dor, deveria fazer a toma de Ibuprofeno® 600mg comprimido a cada 12 horas. Não foi realizada sutura.

Os resultados do exame anatomo-patológico estavam de acordo com o diagnóstico inicial, confirmando ser uma epúlide fissurada. Passados 15 dias foi realizada uma consulta de controle, de modo a avaliar a zona afetada, observando-se uma boa cicatrização da mesma, como se pode observar na figura 30.



Figura 30 - Consulta de controlo 15 dias.

Após 60 dias da cirurgia, foi feita uma segunda consulta de controlo, onde se verificou total cicatrização da zona afetada, como se observa na figura 31. A paciente foi reencaminhada novamente para a Clínica Privada de modo a ser reabilitada com uma prótese total nova.



Figura 31 - Consulta de controlo 60 dias.

Discussão

A epúlida fissurada está incluída no grupo de lesões reativas da cavidade oral, que são lesões que não apresentam neoplasia, mas que podem apresentar aparência clínica muito semelhante às lesões neoplásicas. Para além disso, o seu diagnóstico diferencial pode ser realizado com outras condições como granuloma periférico de células gigantes, fibroma ossificante periférico e granuloma piogénico (16,56). O maior fator que diferencia a epúlida fissurada das outras condições é o facto de esta estar associada a um trauma crónico da prótese, no entanto, algumas características clínicas também as diferenciam. Enquanto que a epúlida fissurada possui uma coloração semelhante à mucosa e normalmente é assintomática, o granuloma periférico de células gigantes apresenta uma coloração púrpura ou avermelhada e normalmente encontra-se

ulcerado; o fibroma ossificante periférico pode apresentar-se avermelhado ou da cor da mucosa e predominantemente localiza-se na papila interdentária e o granuloma piogénico tem uma coloração avermelhada e geralmente encontra-se ulcerado e hemorrágico ao toque, com frequência aumentada em gestantes (16).

O tratamento consiste na sua remoção cirúrgica através de cirurgia convencional, laser ou crioterapia e confecção de prótese nova (16,57).

No presente caso clínico, e tendo em conta o tamanho da lesão e a idade da paciente, optou-se por remover a lesão através do laser Diodo, realizando um tratamento mais eficiente e rápido, com maior controlo da hemorragia, levando a um melhor prognóstico e conforto pós-operatório (58).

Frequentemente, muitos destes pacientes têm uma crista residual bastante reabsorvida, com uma inserção alta da musculatura, que causa uma diminuição do sulco vestibular e consequentemente uma perda de retenção da prótese (59).

A vestibuloplastia é uma técnica cirúrgica que serve como uma alternativa utilizada para aumentar a altura do rebordo alveolar, em que a mucosa que recobre o osso e as inserções musculares são reposicionadas apicalmente, aumentando o fundo do vestibulo, originando maior estabilidade da prótese. Nos dias que correm, há diferentes técnicas para se realizar o aumento do vestibulo, tais como a técnica da submucosa, técnica de epitelação secundária e técnica de enxertos de pele, mucosa e osso. Uma das técnicas que é mais vezes realizada é a técnica de Kazanjian modificada, que pertence ao grupo das técnicas de epitelação secundária. Nesta técnica são realizadas duas incisões, uma na mucosa labial em que é realizado um retalho mucoso e outra incisão subperiostal a nível da crista óssea e consequente descolamento. O retalho subperiostal é suturado à mucosa labial, enquanto que o retalho mucoso é suturado na zona mais inferior do periosteio, obtendo assim o novo fundo de vestibulo. Os retalhos são reposicionados de forma inversa de modo a reduzir o risco de recidiva (60).

Embora este tipo de procedimentos cirúrgicos seja realizado cada vez com menor frequência devido ao grande avanço da implantologia, ainda é um procedimento bastante indicado, principalmente quando os implantes dentários

são contraindicados devido a problemas sistêmicos ou por razões económicas, constituindo uma ótima alternativa. (59)

Visto que este tipo de lesões normalmente não apresenta qualquer tipo de sintomatologia, é de extrema importância haver consultas de rotina, para que durante o exame clínico, o Médico Dentista consiga fazer o seu diagnóstico precoce e consequente tratamento.

Bibliografia

1. World Health Organization. Constitution of WHO: principles. 2016
<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>. Acesso em 25 Outubro, 2019.
2. FDI - World Dental Association. FDI's definition of oral health.
<https://www.fdiworlddental.org/oral-health/fdi-definition-of-oral-health>. Acesso em 5 Dezembro 2019.
3. Majumdar SK. History of dentistry: an overview. Bull Indian Inst Hist Med Hyderabad. 2002;32(1):31-42.
4. ADEA - American Dental Education Association. History of dentistry.
https://www.adea.org/GoDental/Health_Professions_Advisors/History_of_Dentistry.aspx . Acesso em 10 de Janeiro, 2020.
5. Gutmann JL. The evolution of America's scientific advancements in dentistry in the past 150 years. J Am Dent Assoc. 2009;140(1):8-15.
6. Escoda CG, Aytés LB. Tratado de Cirugía Bucal. Vol I. Espanha: ERGON. 2003.
7. Peterson LJ. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 6.ed. Elsevier Inc. 2005.
8. Marques MS, Almeida AP, Lopes MG. A Terapêutica Anticoagulante em Cirurgia Oral – Revisão da Literatura. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2005; 46(1):31-36.
9. Araujo FM, Lopes MVN, Alvarenga RL, Alvarenga GL, Souza LN, Cirurgia Oral em Pacientes sob Terapia com Anticoagulantes Orais: Revisão da Literatura

e Apresentação de Dois Casos Clínicos, Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, 2010. 51:219-224.

10. Conceição EN, Leite CV. Atuação em Dentística. 2.ed. Artmed. 2007.

11. Chapple IL, Bouchard P, Cagetti MG, et al. Interaction of lifestyle, behaviour or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. J Clin Periodontol. 2017. 44(18):39-51.

12. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2010. (1).

13. Soares IJ, Goldberg F. Endodoncia: Técnica y Fundamentos. Buenos Aires: Editorial Médica Paramericana. 2002.

14. Ordinola-Zapata R, Peters OA, Nagendrababu V, Azevedo B, Dummer PMH, Neelakantan P. What is of interest in Endodontology? A bibliometric review of research published in the International Endodontic Journal and the Journal of Endodontics from 1980 to 2019. Int Endod J. 2020. 53(1):36-52.

15. Gutmann JL, Lovdahl PE. Soluções em Endodontia: Prevenção, Identificação e Procedimentos. 5.ed., Rio de Janeiro:Elsevier; 2012.

16. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 3.ed. St. Louis:Elsevier. 2009.

17. Okeson J. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. 7.ed. Kentucky:Elsevier. 2013.

18. Cameron AC, Widmer RP. Manual de Odontopediatria. 3.ed. Rio de Janeiro:Elsevier. 2012.

19. Goran K, Poulsen S. Pediatric Dentistry: A Clinical Approach. 3.ed. Wiley-Blackwell. 2017.
20. Alcina EP. Biomecánica. In: Canut Brusola JA. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2.ed. Barcelona:MASSON. 2000.
21. Gregoret J, Tuber E, Escobar L, Fonseca A. Ortodoncia y Cirurgia Ortognatica. 2.ed. Barcelona: ESPAXS. 2007.
22. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Contemporary Orthodontics. 5.ed. Elsevier. 2013.
23. Lang NP, Lindhe J. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6.ed. Wiley-Blackwell. 2015.
24. Peralta FS, Susin D, Scherma AP, Cortelli SC, Carvalho LFCS, Cortelli JR. Terapia Periodontal de Suporte em Paciente com Periodontite Agressiva Generalizada: Acompanhamento Clínico e Radiográfico de 13 Anos. BBO. 2019. 29(02):7-14.
25. Steffens JP, Marcantonio RAC. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. Rev odontol UNESP. 2018. 47(4):189–97.
26. Shillingburg H, Sather D, Wilson E, Cain J, Mitchell D, Blanco L. Fundamental of Fixed Prosthodontics. 4.ed. Quintessence. 2012.
27. Rosenstiel S, Land M, Fujimoto J. Contemporary Fixed Prosthodontics. 5.ed. Elsevier. 2016.
28. Carr AB, Brown DT. McCracken's Removable Partial Prosthodontics. 12.ed. Canada: Elsevier. 2011.

29. Kim JJ. Revisiting the Removable Partial Denture. *Dental Clinics of North America*. 2019. 63(2):263–78.
30. Borrie F, Bonetti D, Bearn D. What influences the implementation of interceptive orthodontics in primary care?. *Br Dent J*. 2014. 216(12):687-691.
31. Carreiro A C, Duarte P, Calazanset AR, et al. Protocolo clínico para confecção de próteses removíveis. Natal. EDUFRN, 2016.
32. Shibayama R, Shibayama B, Filho HG, Watanabe E. Próteses Totais Imediatas Convencionais. *Rev Odontol Arac*. 2006. 27(1):67-72.
33. Castro DSM, Magalhães IA, Lima BA, Filho HBLF, Lima JFM, Gonçalves FNR, Candeiro GTM. Reabilitação do sorriso por meio da utilização de prótese total imediata: relato de caso. *Rev Acervo Saúde*. 2020. 47:1-7.
34. Silva THN, Freitas AKS, Carrijo MO, Coelho UP, Neto VT, Cabral LC. Reabilitação Estético-Funcional por meio da Prótese Total Imediata: Relato de caso. *UNINGÁ Rev*. 2019. 56(7):91-100.
35. G. St George, S. Hussain, R. Welfare. Immediate dentures: 1.Treatment planning. *Dent Update*, 2010. 37(2):82-91.
36. Irinakis T. Rationale for socket preservation after extraction of a single-rooted tooth when planning for future implant placement. *J Can Dent Assoc*. 2006. 72(10):917-922.
37. Hansson S, Halldin A. Alveolar ridge resorption after tooth extraction: A consequence of a fundamental principle of bone physiology. *J Dent Biomech*. 2012. 3:1758736012456543.

38. Murata H, Hamada T, Sadamori S. Relationship between viscoelastic properties of soft denture liners and clinical efficacy. *Jpn Dent Sci Rev.* 2008;44(2):128–32.
39. Goiato, Marcelo Coelho et al. Técnicas de reembasamento para prótese total. *Rev Odontol Arac.* 2013. 34(2).61-66.
40. Silva RJ, Queiroz MS, Seixas ZA, Júnior WSB, Ribeiro JA. Reembasamento direto para prótese total: uma alternativa simples e eficiente – relato de caso clínico. *Int J Dent.* 2008. 7(3):190-194.
41. Phoenix RD, Cagna DR, DeFreest CF. *Prótese Parcial Removível – Clínica de Stewart.* São Paulo:Quintessence. 2007.
42. Almufleh B, Emami E, Alesawy A, Rodan R, Morris M, Umebayashi M. Patient-Reported Outcomes of Metal and Acrylic Resin Removable Partial Dentures: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Prosthodont.* 2020
43. Walmsley AD. Acrylic partial dentures. *Dent Update.* 2003;30(8):424-429.
44. Felton D, Cooper L, Duqum I, et al. Evidence-based guidelines for the care and maintenance of complete dentures: a publication of the American College of Prosthodontists. *J Prosthodont.* 2011;20(1):1-12.
45. Souza SME, Lacerda VE, Silami CM, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010. 15(3):841-850.
46. Coelho MQ, Venâncio GN, Sampaio JMA, Augusto CR. Reabilitação bucal com próteses conjugadas - relato de caso. *BBO.* 2016. 7(28):64-69.
47. Clark D, Levin L. In the dental implant era, why do we still bother saving teeth?. *Dent Traumatol.* 2019;35(6):368-375.

48. Fonseca P, Areias C, Figueiral MH. Higiene de Próteses Removíveis. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. 2007. 48(3):141-146.
49. Campbell SD, Cooper L, Craddock H, et al. Removable partial dentures: The clinical need for innovation. J Prosthet Dent. 2017;118(3):273-280.
50. Sobrino J. Un caso de classe: desarrollo de una prótesis parcial removible metálica. GD. 2010. 211:154-170.
51. Silva R, Ferreira R, Travassos D, Vargas D. The removable acrylic partial denture in primary care: the experience and satisfaction of dental surgeons. Rev Odontol UNESP. 2017. 46(6):336-342.
52. Jablonski RY, Patel J, Morrow LA. Complete dentures: an update on clinical assessment and management: part 2. Br Dent J. 2018. 225(10):933-939.
53. Gomes AC, et al. Reabilitação bucal com prótese total imediata. Full Dent Sci. 2014. 5(20):590-594.
54. CASTRO, HL. Avaliação in vitro da resistência à compressão de condicionadores de tecido submetidos a diferentes tempos de armazenamento. RPG. 2010. 17(3):159-62.
55. Moraes LP. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória relacionada ao uso de prótese[Tese]. Porto Velho: Faculdade São Lucas. 2015.
56. Naderi NJ, Eshghyar N, Esfahanian H. Reactive lesions of the oral cavity: A retrospective study on 2068 cases. Dent Res J. 2012;9(3):251-255.
57. Vyasarayani P, Madhumietha A, Gundlapalle P. Management of geriatric patient with epulis fissuratum using liquid nitrogen cryosurgery: a case report. J Indian Prosthodont Soc. 2014;14(1):115-119.

58. Verma SK, Maheshwari S, Singh RK, Chaudhari PK. Laser in dentistry: An innovative tool in modern dental practice. *Natl J Maxillofac Surg.* 2012;3(2):124-132.
59. Sverzut CE, Gabrielli MFR, Gabrielli MAC, Barbeiro RH; Sverzut AT. Cirurgia pré-protética para aumento do sulco mandibular: avaliação clínica e radiográfica da profundidade do sulco mandibular anterior, após vestibuloplastia por inversão de retalhos - estudo em humanos. *RGO.* 2001. 49(4):191-94.
60. Ponzoni D, Jardim EC, de Carvalho PS. Vestibuloplasty by modified Kazanjian technique in treatment with dental implants. *J Craniofac Surg.* 2013;24(4):1373-1375.